Die Münch. Med. Wochenschr. erscheint wöchentl. in Nummern von durchschnittlich 4–5 Bogen. Preis in Deutschl. u. Oest.-Ungarn vierteljährl. 6 ℳ, ins Ausland 7.50 ℳ. Einzelne No. 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Heustrasse 20. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Berlin. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 40. 2. October 1900. Redaction: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1. Verlag: J. F. Lehmann, Heustrasse 20. 47. Jahrgang.

Originalien.

Aus der medicinischen Klinik zu Würzburg (Director: Geheimrath Professor Dr. v. Leube.)

Untersuchungen über die Lage des Magens bei Chlorotischen.

Von Dr. Otto Rostoski, Assistenten der Klinik.

Es ist ein Verdienst Meinerts[1]), bei Chlorotischen zuerst ausgedehnte Untersuchungen über die Lage des Magens angestellt zu haben. Das Ergebniss dieser Studien war insofern ein überraschendes, als Meinert bei der Bevölkerung Dresdens in keinem Falle von Chlorose die typische Lageanomalie des Magens vermisst haben will, die von Glénard zuerst Gastroptose und später von Meltzing[2]) Gastrokateixie (Kateixis = Verschiebung) genannt wurde, nach Rosenfeld[3]) aber keinen dieser beiden Namen verdient. Ich will im Folgenden den Ausdruck Gastroptose, der sich nun einmal eingebürgert hat, gebrauchen. Auch sonst fand Meinert die in Frage kommende Anomalie bei der weiblichen Bevölkerung Dresdens so häufig, dass er schon bei 29 wenig über 14 Jahre alten Mädchen 23mal Gastroptose und zwar 4mal Anfangsstadien und 24mal ausgesprochene Fälle constatiren konnte. In einer anderen Arbeit[4]) gibt er das Verhältniss so an, dass 80—90 Proc. aller erwachsenen weiblichen Personen mit zum Theil hochgradigen Formen von Gastroptose behaftet sind und schon jedes zweite 12jährige Mädchen diese Anomalie aufweist, während sie sich beim männlichen Geschlecht in nur 5 Proc. findet. Als Ursache für diese ungemein grosse Häufigkeit der Gastroptose schuldigt der Autor das Corset an, mit dem nach seinen Angaben in Dresden allerdings insofern ein besonders grosser Missbrauch getrieben werden muss, als es dort oft schon sehr früh (vor dem 12. Lebensjahr) getragen wird.

Meinert selbst weist darauf hin, dass beim Tragen eines Corsets im Alter von 13—15 Jahren schon ½ Jahr genügt, um die Lageanomalie des Magens, die Anfangs, solange die betr. Mädchen kein Corset tragen (während der Nacht), immer wieder verschwindet, zu einer dauernden zu machen. Später, wenn der Brustkorb weniger nachgiebig ist, und wenn die Hüften schon prominiren, so dass man das Corset nicht mehr durch einen starken Seitendruck am Thorax zu befestigen braucht, sei sein Tragen auch weniger gefährlich.

Meinert begnügt sich jedoch nicht damit, die oben erwähnte Thatsache zu constatiren; er geht einen Schritt weiter und sucht in der Gastroptose und in letzter Instanz im Corset die Ursache für die Chlorose, die er für nichts Anderes, als für eine „enteroptotische Krise von längerer Dauer" hält. Nach Meinert bewirkt der verlagerte Magen eine Zerrung des Plexus solaris s. coeliacus und damit wiederum eine Anspannung aller in den Plexus sol. eintretenden Nerven bezw. Nervengeflechte (z. B. auch der von oben eintretenden Vagi). Durch diese Nervenzerrung werden nun auch die blutbildenden Organe alterirt — die Milz direct durch den Plexus lienalis, aber auch das Knochenmark, denn es sind in ihm sympathische Nervenfasern nachgewiesen worden. So entsteht ein hoher Grad von Reizempfindlichkeit, und es bedarf nur noch einer Gelegenheitsursache, um die enteroptotische Krise, die Chlorose, auszulösen. Zu diesen Gelegenheitsursachen zählt Meinert neben anderen vor allen Dingen mechanische, als da sind Füllung von Darm und Magen durch Contenta und insbesondere „die excessive Verbreitung der normaler Weise auf die Beckenorgane beschränkten Gefässdilatation über das Gesammtgebiet eines abnorm erregbaren Bauchsympathicus bei der Menstruation". Durch diese Momente soll die vom dislocirten Magen auf den Plexus solaris ausgeübte Zerrung bis zur Ueberschreitung der Reizschwelle gesteigert werden und es so zur Chlorose kommen.

Es braucht kaum hervorgehoben zu werden, dass die kurz skizzirte Hypothese Meinert's zum mindesten als unbewiesen gelten muss. Viel Anhänger hat sie, soweit mir bekannt ist, nicht gefunden. — Aber auch Meinert's Behauptung, dass Chlorose und Gastroptose stets gemeinsam vorkommen, ist nicht ohne Widerspruch geblieben. Vor allen Dingen hat Meltzing[5]) lebhaft widersprochen. Meltzing stützt sich allerdings nur auf ein Beobachtungsmaterial von 13 Fällen. Ausserdem war die Untersuchungsmethode beider Autoren eine verschiedene. Während Meinert den Magen mit Kohlensäure oder Luft aufblähte, bediente sich Meltzing, im Anfang wenigstens, als Untersuchungsmethode der Gastrodiaphanie, die heute allerdings weniger in Ansehen steht als noch vor wenigen Jahren. Auffallend an der Arbeit von Meltzing ist, dass Martius[6]) und er einen Magen noch für normal halten, dessen grosse Curvatur weit unterhalb des Nabels steht oder gar bis zur Symphyse reicht, wenn es sich um ein mit etwa 1 Liter Wasser gefülltes Organ bei einem stehenden Individuum handelt! Von anderen Autoren, die die Arbeit Meinert's nachprüften, sind zunächst Leo[7]) und Brüggemann[8]) zu erwähnen, die wohl beim aufgeblähten Magen Chlorotischer oft einen Tiefstand der grossen Curvatur constatiren, nie aber etwas finden konnten, was man als kleine Curvatur ansprechen müsste. Als tiefsten Stand der unteren Magengrenze fand Leo einen solchen von 3—4 querfingerbreit unterhalb des Nabels. Dabei war auffallend, dass Chlorotische, die kein Corset getragen hatten, nur einen Tiefstand der grossen Curvatur von höchstens Fingerbreite unterhalb des Nabels aufwiesen, während sich bei Patientinnen, die ein Corset trugen, jene höheren Grade fanden. Da nun nicht anzunehmen ist, schliesst Leo, dass die zweite Kategorie von Patientinnen einen dehnbareren Magen besitzt als die erste, so wird man darauf hingewiesen, dass bei den Personen, die ein Corset getragen haben, auch die kleine Curvatur etwas nach

[1]) Zur Aetiologie der Chlorose (Verh. der 65. Naturforschervers. 1893) und Ueber einen bei der gewöhnlichen Chlorose des Entwicklungsalters anscheinend constanten pathologisch-anatomischen Befund (Volkmann's Samml. klin. Vortr.).

[2]) Gastroptose und Chlorose. Wiener med. Presse 1895, No. 30 bis 34.

[3]) Beiträge zur Magendiagnostik. Zeitschr. f. klin. Med. 1899. pag. 81.

[4]) Ueber normale und pathologische Lage des Magens und ihren Nachweis. Centralbl. f. innere Med. 1896, pag. 297.

[5]) Meltzing: Gastroptose und Chlorose. Wiener med. Presse 1895, No. 30—34.

[6]) Martius: Ueber Grösse, Lage und Verschieblichkeit des gesunden und kranken Magens (66. Naturforschervers. 1894) und Ueber die wissenschaftliche Verwerthung der Magendurchleuchtung.
Meltzing: l. c.:

[7]) Leo: Ueber Gastroptose und Chlorose. Deutsch. med. Wochenschr. 1896, No. 12.

[8]) Brüggemann: I.-D., Bonn 1895.

unten gesunken ist, wenn auch noch nicht so weit, dass sie unter der Leber zum Vorschein kommt und uns somit sichtbar wird.

Huber[9]) konnte in 2 Fällen von Chlorose absolut keine Gastroptose constatiren, und nach Ewald[10]) kommt Gastroptose bei einem Drittel aller Chlorotischen vor. Uebrigens hält Ewald die Chlorose für das Primäre und die Gastroptose für den Folgezustand.

v. Noorden[11]) fand mehrmals bei Chlorotischen, die ein Corset getragen hatten, erheblichen Tiefstand der unteren Magengrenze und deutliches Hervortreten der kleinen Curvatur, vermisste diesen Befund jedoch in anderen Fällen. Bei 6 Patientinnen, die nie ein Corset oder andere einengende Kleidung getragen hatten, konnte er mit Hilfe der Aufblähung eine durchaus normale Lagerung des Magens constatiren (nur einmal lag die untere Grenze 1 cm unterhalb des Nabels).

Mehr Meinert's Standpunkt nähert sich Agéron, welcher der Ansicht ist, dass Gastroptose mit herabgesetzter motorischer Kraft des Magens sehr wohl anaemische Zustände bedingen könne, ohne dass er jedoch bestimmt ausspricht, dass sich bei jeder Chlorose eine Gastroptose finde, und dass die erste Erscheinung durch die zweite bedingt werde.

Wenn man Meinert's Untersuchungsresultate mit dem vergleicht, was die übrigen Autoren gefunden haben, so ergibt sich wohl aus Allem, dass das Tragen eines Corsets zur Verlagerung des Magens führen kann und auch in der That oft dazu führt, namentlich wenn ein (womöglich zu enges) Corset in ganz jugendlichem Alter (vor 14 bis 15 Jahren) angelegt wird, Dass aber die durch ein Corset bedingte Gastroptose als ursächliches Moment für die Chlorose zu betrachten sei, oder dass auch nur die Gastroptose als ein constanter Befund bei Chlorose anzusehen sei, ohne dass dieses ursächliche Verhältniss obwaltet, ist von keinem späteren Beobachter zugegeben worden.

Bezüglich der Häufigkeit, mit welcher man Gastroptose bei Chlorose und bei der weiblichen Bevölkerung überhaupt antrifft, gehen allerdings die Meinungen der einzelnen Autoren weit auseinander, und das mag, wie ja auch schon betont ist, seinen Grund darin haben, dass in verschiedenen Gegenden der Missbrauch, der mit dem Corset durch zu frühes und zu festes Anlegen desselben getrieben werden kann, ein verschiedener ist.

Weil eben die Ansichten über die Häufigkeit der Gastroptose bei Chlorose so verschiedene sind und weil das Beobachtungsmaterial verschiedener Autoren ein recht kleines war (so hat z. B. Meltzing nur 6 chlorotische Mädchen untersucht) schien es mir nicht uninteressant, auch meinerseits einen Beitrag in dieser Frage auf Grund des Materials, das mir im kgl. Juliusspital zur Verfügung stand, zu liefern. Ich habe desshalb im Wintersemester 1898/99 und im Sommersemester 1899 50 chlorotische Mädchen untersucht, und gebe das Resultat hier auch aus dem Grunde wieder, weil ich im Laufe der Untersuchungen auf eine Fehlerquelle gestossen bin, die der Feststellung der Lage des Magens durch Aufblähung mit Kohlensäure oder Luft anhaftet, und die vor allen Dingen berücksichtigt werden muss, wenn man bei Gesunden oder fast Gesunden solche Untersuchungen vornimmt.

Was ich nun zunächst bezüglich der Häufigkeit eines „verlagerten" oder „verschobenen" Magens bei Bleichsüchtigen constatiren konnte, ist Folgendes. Es sei vorerst noch bemerkt, dass es sich stets um ausgesprochene echte Chlorose des Entwicklungsalters oder des darauffolgenden Jahrzehnts handelte. Zum Theil waren die Fälle ziemlich schwer. Ich habe mehrere Male einen Haemoglobingehalt von 20—30 Proc., einmal sogar von 15 Proc. notirt. Wenn es irgend anging, habe ich die Patientinnen bei ihrem Eintritt in's Spital und bei ihrem Austritt nach erfolgter Heilung oder Besserung untersucht, jedoch selten einen nennenswerthen Unterschied feststellen könnnen, manchmal war die grosse Curvatur bei Austritt der Patientinnen um 1—2 Querfinger breit nach oben gerückt. Ich habe mit Riegel[12]) nur dann eine Gastroptose diagnosticirt, wenn sich im Epigastrium zunächst eine vertiefte Stelle zeigte, an die sich dann nach unten eine Hervorwölbung anschloss. So glücklich wie Meinert, dem es gelungen sein will, die kleine Curvatur, auch wenn sie unter der Leber lag, wahrzunehmen, bin ich nicht gewesen.

Unter den 50 Fällen habe ich nun 13 mal, d. h. in 26 Proc. zweifellos Gastroptose nachweisen können. In 2 Fällen oder in 4 Proc. fand ich nur die grosse Curvatur des aufgeblähten Magens zu tief, d. h. unterhalb Nabelhöhe, während sich bei den übrigen 35 Patientinnen, also bei 70 Proc., normale Verhältnisse ergaben.

Interessant ist, dass auch bei meinen Patientinnen der Einfluss eines zu früh angelegten Corsets deutlich zu erkennen ist. Alle 13 Patientinnen, die mit Gastroptose behaftet waren, bedienten sich sehr früh eines Corsets, 3 mit 11 Jahren, 5 mit 12 Jahren, 2 mit 14 Jahren, in 2 Fällen liess es sich nicht mehr eruiren, wann das Corset angelegt war, in einem Fall war überhaupt kein Corset getragen worden, dafür waren die Kleider aber sehr fest um den Leib geschnürt worden, so dass man eine sehr deutliche Schnürfurche sah. Ich brauche wohl kaum zu erwähnen, dass ein solcher Modus, die Kleider zu befestigen, noch schädlicher als ein Corset ist und möchte nur noch bemerken, dass fast alle andern Patientinnen, so lange sie kein Corset trugen, die Kleider an ein Leibchen angeknöpft hatten.

Allerdings finden sich unter den Patientinnen, die einen normal gelagerten Magen haben, auch solche, die schon sehr früh ein Corset getragen haben. Eine hat sogar schon mit 10 Jahren ein solches angelegt und sie behauptet selbst, dass dasselbe ziemlich fest gesessen habe, 1 hat ein Corset mit 11 Jahren, 10 mit 12 Jahren (täglich jedoch meist viel später, z. B. einmal erst mit 23 Jahren, einmal mit 20 Jahren), 2 mit 13 Jahren, 2 mit 14 Jahren, 2 mit 15 Jahren getragen, und die Uebrigen, also ungefähr die Hälfte der Patientinnen, die keinen verlagerten Magen besassen, hat ein Corset erst nach dem 15. Lebensjahre angelegt. Jedenfalls möchte ich nochmals ausdrücklich betonen, dass keine Patientin, die erst nach dem 14. Jahre ein Corset trug, eine Gastroptose bekommen hat, dass dagegen von den 29 Patientinnen, die vor dem vollendeten 14. (und meist schon viel vor dem 14. Jahre) ein Corset trugen, 13 eine Gastroptose bekamen.

Wesshalb nun von der 2. Gruppe sich einige eine Gastroptose zuzogen, andere dagegen nicht, ist schwer zu eruiren. Vielleicht liegt es daran, dass in den einzelnen Fällen das Corset mehr oder minder fest angelegt wurde, vielleicht auch daran, dass es in einigen Fällen nur wenige Stunden am Tage oder gar nur Feiertags getragen wurde, während es bei Andern den ganzen Tag, vom Morgen bis zum Abend, seinen schädlichen Einfluss geltend machen konnte. Hierüber genügend sichere Auskunft zu erhalten, war mir unmöglich. Namentlich geben nur 2 Patientinnen zu, dass das Corset ziemlich fest gesessen habe, und diese waren beide nicht mit Gastroptose behaftet. Schliesslich kommen wohl auch individuelle Verhältnisse in Betracht, die verschiedene Widerstandfähigkeit des in der Entwicklung begriffenen Körpers.

Um nun auf die angedeutete Fehlerquelle zu kommen, so machte ich in mehreren Fällen zunächst bei der Aufblähung des Magens mit Kohlensäure[13]) die Beobachtung, dass, wenn sich eine verhältnissmässig kleine Menge Kohlensäure im Magen entwickelt hatte (beim Einnehmen von ½ bis ⅔ Theelöffel Acid. tartaric. und ebenso viel Natr. bicarb.) die Nabelgegend vorgewölbt wurde, und dass sich auch diese Auftreibung meist handbreit unterhalb des Nabels einigermassen scharf abgrenzte, ebenso scharf, wie sich ein mit Gas gefüllter Magen bei straffen Bauchdecken abgrenzen kann. Die hervorgewölbte Partie des Abdomens gab tiefen tympanitischen Schall, wie er dem Magen eigen ist, und ich war desshalb versucht, eine Dislocation dieses Organs anzunehmen. Liess ich die Patientin aber dann

[9]) Huber: Beiträge zur Kenntniss der Enteroptose. Correspondenzbl. Schweizer Aerzte 1895, No. 11.

[10]) Internationaler med. Congress zu Moskau. Centralbl. f. innere Med. 1897, pag. 997.

[11]) v. Noorden: Die Bleichsucht. Spec. Pathol. u. Therap., herausgegeben von Nothnagel, pag. 75.

[12]) Riegel: Die Erkrankungen des Magens, II. pag. 512.

[13]) Bei der Aufblähung des Magens mittels des Gummischlauches und eines Gebläses unterliegt man nicht so leicht Täuschungen, weil man es eher in der Hand hat, wie weit man den Magen mit Gas anfüllen will. Doch ist die Methode bei Patienten, die zum ersten Male den Magenschlauch eingeführt bekommen, wegen der vielen Brech- und Würgbewegungen meist nicht brauchbar.

nochmals eine Dosis Acid. tartaric. und Natr. bicarb. nehmen, so konnte man bemerken, dass sich jetzt auch die Gegend unterhalb des Rippenbogens bis etwa zur Nabelhöhe im Ganzen vorwölbte, ohne dass man eine scharfe Contour nach unten feststellen konnte. Es fragt sich nun, welche dieser beiden Vortreibungen auf den Magen zu beziehen sei.

Es wurde desshalb die Lage des Magens oder doch wenigstens die Lage der grossen Curvatur durch eine andere Methode festzustellen gesucht. Den eingeführten weichen Magenschlauch, der sich an der grossen Curvatur entlang schiebt, zu palpiren [Methode von v. Leube[14]) und Boas[15])] war bei den jugendlichen Personen mit straffen Bauchdecken fast nie möglich. Die Methode von Rosenfeld[16]), nach welcher man einen mit Schrot gefüllten Magenschlauch, wie er zur Magendouche verwandt wird, in den Magen einführt und nun Luft durch die Schrotlage in den Magen bläst und mittels Röntgenbildes untersucht, scheint mir nicht ganz einwandsfrei. Erstens kann die schrotgefüllte Sonde ebenso wie eine steife bei einigermaassen nachgiebigen Wandungen den Magen ausstülpen, namentlich beim Stehen der Patienten, und damit die grosse Curvatur zu tief erscheinen lassen. Dann aber ist auch der helle Bezirk, den man nach dem Einblasen von Luft bei der Durchleuchtung unterhalb des Diaphragma sieht, bei gut genährten Individuen durchaus nicht scharf umgrenzt und lässt die Gestalt und Grösse des Magens oder nur die Lage der grossen Curvatur nicht deutlich erkennen. Ich habe mich desshalb immer der alten Piorry-Penzoldt'schen Methode zur Bestimmung der unteren Grenze des Magens bedient und fand, dass in den vorhin bezeichneten Fällen die untere Grenze oberhalb des Nabels zu constatiren war. Es lag nun die Vermuthung nahe, dass jene Auftreibung unterhalb des Nabels durch gasgefüllte Darmschlingen bewirkt werde, die unmittelbar unterhalb und wohl auch zum Theil oder ganz auf dem Anfangs fast leeren Magen lagen. Füllte sich der Magen mit Gas, so schob er zunächst die erwähnten Darmschlingen nach vorn und nach unten und diese bewirkten die Hervortreibung in der Nabelgegend. Erst wenn sich der Magen dann weiter füllte, rückte er auch seinerseits an die vordere Bauchwand heran und machte sich hier bemerkbar. Untersuchungen, die ich in entsprechender Weise an Leichen anstellte, bestätigten meine Vermuthung vollkommen. Es liess sich direct durch die Autopsie constatiren, dass eine Hervorwölbung in der Nabelgegend, die durch Aufblähung des Magens mittels eines Magenschlauches und Gebläses erzeugt war und die man sehr wohl für einen dislocirten Magen halten konnte, auf ein gasgefülltes Kolon transversum zurückzuführen sei. Dass nun in der That auch beim Lebenden gasgefüllte Darmschlingen und speciell das Kol. transvers. den Magen wie die Leber überlagern können, ist eine bekannte Thatsache.

Curschmann[17]) hat sogar darauf hingewiesen, dass unter Umständen eine mächtig entwickelte abnorme Schlinge des S romanum bis hoch in die Zwerchfellkuppe hinauf reichen und dabei den linken Leberlappen oder den Magen überlagern kann. Solche Vorkommnisse sind aber gar nicht nöthig. Ich glaube, dass ein verhältnissmässig leerer Magen und ein gasgefülltes Kolon transversum unter Umständen schon genügen werden, um zu der erwähnten Täuschung Veranlassung zu geben.

Betonen möchte ich schliesslich noch, dass es sich bei meinen Untersuchungen um Mädchen mit mehr oder minder straffen gut entwickelten Bauchdecken *) handelte, bei denen man einer Täuschung natürlich eher unterliegen kann als bei Individuen mit schlaffen Bauchdecken, bei denen sich die Form des aufgetriebenen Magens viel besser abzeichnet, und bei denen als nicht zu überschätzendes Hilfsmittel der Untersuchung auch die Palpation stets in ihre Rechte treten kann. Bei Individuen mit straffen fettreichen und musculösen Bauchdecken bleibt dagegen die genaue palpatorische Abgrenzung eines aufgeblähten Magens sehr oft ein Pium desiderium.

Unter Umständen kann übrigens auch bei Individuen mit dünnen Bauchdecken die Entscheidung schwer sein, ob ein aufgeblähter Magen oberhalb oder unterhalb des Nabels liegt und erst das Einfliessen von Wasser Gewissheit über den Stand der grossen Curvatur bringen.

Es kann z. B. bei Patienten, die schon einige Zeit an Carcinom leiden und nur dünne Bauchdecken besitzen, sich nach Aufblähung des Magens mit Luft die Gegend unterhalb des Nabels bis beinahe zur Symphyse hervorwölben und doch liegt der Magen, wie die Anfüllung desselben mit Wasser beweist, oberhalb des Nabels. In einem solchen Falle konnte sogar die Laparotomie dieses Verhalten bestätigen, indem hier der leere Magen nicht einmal unter dem linken Leberlappen zum Vorschein kam.

Einen Anhaltspunkt für die Lage des Magens kann in zweifelhaften Fällen, noch bevor man Wasser einlaufen lässt, auch das Spannungsgefühl, das die Patienten empfinden, geben. Manche machen allerdings, wenn man sie darnach fragt, vage Angaben. Wenn die Patienten aber ganz bestimmt versicherten, dass „es sie nur oberhalb des Nabels spannte", so habe ich den Magen auch immer an richtiger Stelle gefunden. Um einen anderen Anhaltspunkt zu gewinnen muss man sich daran erinnern, dass auch bei einer sogenannten Gastroptose die Cardia stets in der linken Zwerchfellkuppe zu suchen ist. Wenn desshalb auch die kleine Curvatur in der Mittellinie in Nabelhöhe oder womöglich noch tiefer sichtbar ist, so muss doch die Aufblähungsfigur des Magens links einen Schenkel besitzen, der ziemlich senkrecht zum Rippenbogen aufwärts steigt und dessen tiefer tympanitischer Schall in die Tympanie des Traube'schen halbmondförmigen Raumes übergeht. Rechts ist ein solcher Schenkel nicht so deutlich zu constatiren, da der Pylorus meist entsprechend nach unten gerückt ist. Und bei einem vorgewölbten Kolon transversum sind die Verhältnisse ebenfalls andere. Wenn sich dasselbe überhaupt scharf genug abzeichnet, dann sieht man meist einen nach links und einen nach rechts zum Rippenbogen aufstrebenden Schenkel. Doch habe ich diese beiden Schenkel verhältnissmässig selten gesehen.

Dass übrigens auch einmal ein Colon transversum sich in dieser Beziehung genau wie ein Magen verhalten kann, mag der nebenstehend illustrirte Fall beweisen. Es handelt sich hier um eine nach unten stehende Schlinge des Kolon transversum, eine Abnormität, auf die seiner Zeit ebenfalls Curschmann[18]) aufmerksam gemacht hat. Als bei der Leiche der Magen mittels eines eingeführten Schlauches und eines Gebläses aufgebläht wurde, zeichnete sich das Kolon in der Form, wie man es in der Zeichnung sieht, auf den Bauchdecken ab, bei der Percussion tiefer tympanitischer Schall.

Liess man die Luft aus dem Magen heraus, so sank das Abdomen wieder ein. Man konnte also in diesem Falle einen abnorm verticalgestellten Magen diagnosticiren. Die Eröffnung des Abdomens liess dann die Verhältnisse, wie sie auf der Figur zu sehen sind, erkennen. Ich bemerke nur noch, dass die Zeichnung gemacht wurde, nachdem die Aufblähung des Magens nochmals bei geöffnetem Abdomen wiederholt war. Zunächst lag das ganze Kolon transversum unmittelbar der Leber an

[14]) und [15]) v. Leube gibt schon in der ersten Auflage seiner Speciellen Diagnose (Leipzig 1889) Bd. I, pag. 253 an, dass er die Palpation der Spitze einer harten Sonde zur Feststellung der unteren Magengrenze nicht mehr verwende, dass man aber „die Spitze der Schlauchsonde auch zuweilen durch die Bauchdecken fühlt, aber nur dann, wenn dieselben dünn und ganz weich sind". Dementsprechend ist die Palpation der weichen Sonde durch dünne Bauchdecken auch als Methode zur Feststellung der unteren Magengrenze seit langer Zeit auf der v. Leube'schen Klinik geübt worden. Boas (Centralblatt für innere Medicin 1896, pag. 145) hat dann darauf hingewiesen, dass man nicht nur die Spitze, sondern den „gesammten, dem wandständigen Theil der grossen Curvatur entsprechenden Sondenabschnitt" fühlen könne, weil sich eine weiche Sonde, sowie sie an der grossen Curvatur angelangt ist, auf derselben bis zum Pylorus entlang schieben lässt. Auch gibt Boas an, dass die Methode bei fettleibigen Individuen und solchen mit straffen, rigiden Bauchdecken im Stiche lässt. Bei seinen Magenkranken will er in über 80 Proc. der Fälle zum Ziel gekommen sein. (Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. 4. Auflage, pag. 96.)

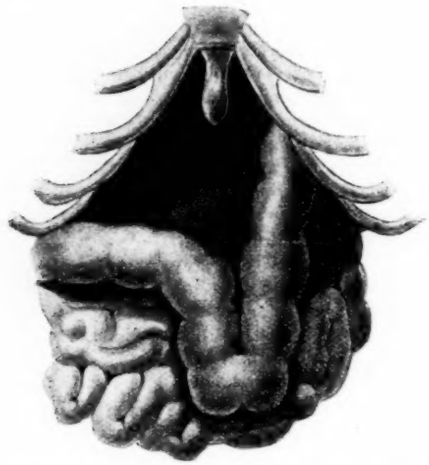
[16]) l. c.

[17]) Topographisch-klinische Studien. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 53, pag. 28.

*) Ich brauche wohl kaum zu erwähnen, dass ich ausser bei den 50 Chlorotischen auch bei Magenaufblähungen anderer Personen auf das obenerwähnte Verhalten geachtet habe. Ausser jenen 50 habe ich auch eine Reihe von anderen Personen mit straffen Bauchdecken (auch Männer) eigens dieses Verhaltens wegen untersucht.

[18]) l. c. S. 21 u. 22.

und ist wohl auch bei geschlossenem Abdomen nicht nach abwärts gerückt.



Fasse ich die wichtigsten Ergebnisse meiner Arbeit nochmals zusammen, so möchte ich betonen, dass auch bei dem Material, das mir zur Verfügung stand, Gastroptose durchaus keine regelmässige Begleiterscheinung oder gar die alleinige Ursache der Bleichsucht ist. Ich konnte sie nur in 26 Proc. der Fälle constatiren. Dagegen scheint auch mir ein sehr früh (vor dem 14. oder 15. Lebensjahr) angelegtes Corset Gastroptose bedingen zu können, nicht aber nach sich ziehen zu müssen. Es hatten alle Pat., bei denen eine Gastroptose zweifellos war, sehr früh schon ein Corset getragen.

Ferner ist zu berücksichtigen, dass der Feststellung der Grösse und Lage des Magens mittels Aufblähung mit Kohlensäure oder Luft (zuletzt habe ich, wenn angängig, nur noch den Magen mit Luft aufgebläht, wie es in der hiesigen med. Klinik die gewöhnliche Methode ist) eine Fehlerquelle anhaftet, die besonders dann zu Täuschungen führen kann, wenn es sich um Pat. mit straffen Bauchdecken handelt, aber auch in anderen Fällen zu berücksichtigen ist.

Wenn unter solchen Umständen auch die Percussion und Palpation den Fall nicht vollkommen klarlegen, so ist noch durch eine andere Methode zum mindesten die Lage der grossen Curvatur zu ermitteln.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrath v. Leube, meinem hochverehrten Lehrer, für die Ueberlassung des Materials meinen ergebensten Dank zu sagen.

Aus der chirurgischen Klinik zu Heidelberg.

Beitrag zur Purpura haemorrhagica.

Von Dr. Nehrkorn, Assistent der Klinik.

Im letzten Sommer-Semester kam in der Klinik ein Fall von Purpura haemorrhagica zur Beobachtung, der wegen des ausserordentlich schweren Verlaufs besonderes Interesse erregte und wohl mitgetheilt zu werden verdient.

L. F., 26jähriger Fabrikarbeiter, hatte seit seinem 8. Lebensjahre, als Kind, jedes Frühjahr Anfälle von heftigen Gliederschmerzen. In den späteren Jahren wiederholten sich dieselben nur noch einige Male. Die jetzige Erkrankung begann ohne vorherige Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens mit heftigem Nasenbluten, das ihn am 20. VI. Morgens beim Heuaufladen überfiel. Die Blutung dauerte in mässigem Grade Tags über an und setzte sich auch am nächsten noch fort. An diesem Tage zeigten sich auch auf der Haut zuerst zahlreiche blaurothe Flecke von verschiedener Grösse. Pat., der sich im Uebrigen noch völlig wohl befand, begab sich wegen des Fortbestehens der Nasenblutung am 21. VI. zu Fuss zu dem ca. 2 Stunden entfernt wohnenden Arzt. Am selben Abend entleerte Patient zum ersten Mal blutigen Urin, zu dem Nasenbluten gesellte sich auch Blutung aus der Mundschleimhaut. Wegen der zunehmenden Schwäche in Folge des andauernden Blutverlustes und der Unmöglichkeit die Nasenblutung zu stillen wurde Pat. am folgenden Tage in die Klinik gebracht. Durch Tamponade des Nasenrachenraumes mittels Belloc q'schen Röhrchens, verbunden mit vorderer Jodoformgazetamponade liess sich die Blutung zum Stehen bringen.

Status praesens 4 Uhr Nachmittags: Kräftig gebauter Mann von mittlerer Grösse, in ziemlich gutem Ernährungszustande. Gesicht etwas verfallen von bleicher Farbe. Hauthaemorrhagien verschiedener Form und Grösse, zahlreich an den Extremitäten, spärlich am Rumpf. Am äusseren rechten Augenwinkel eine blaurothe Suffusion, an den Lippen mehrere Blutbläschen, zum Theil mit schwärzlichem Schorf bedeckt. Eine fingernagelgrosse Haemorrhagie an der Unterlippe trägt zwei hellere, leicht blutende Bläschen. An der unteren Halsgegend mehrere hellrothe bis bläulichschwarze linsengrosse Blutflecken. Der rechte Arm im Ganzen stark geschwollen, von praller Consistenz; die ganze hintere und innere Fläche, von der Axilla bis zum vorderen Drittel des Antrums gleichmässig dunkelroth suffundirt; die Haut leicht glänzend und gespannt. An der Aussenfläche des Armes einzelne Petechien und haemorrhagische Pusteln; zahlreiche solche auch am linken Unterarm. An den Oberschenkeln auf der Streckseite etliche fingernagelgrosse schwarzblaue Flecke, in der Mitte mit punktförmigem Schorf, zahlreiche Fleckchen von gleicher Beschaffenheit und mehrere, meist im Zusammenfallen begriffene haemorrhagische Pusteln an der Innenseite beider Unterschenkel, namentlich links bis zum Knie hinaufreichend. Auf der Streckseite beider Unterschenkel dicht gestellte miliare bis linsengrosse Petechien. Aus dem Munde starker Foetor. Zunge, im Ganzen geschwollen und ziemlich trocken, an der Oberfläche von braunrothem Aussehen, zeigt zahlreiche kleine Ecchymosen und am rechten Rande ein kleines Blutbläschen. Die linke Zungenhälfte an der Unterfläche blutig suffundirt. Zahnfleisch blass mit grauröthlichem Rand; auf demselben nur spärliche Haemorrhagien. Er ist wenig geschwollen und blutet bei leichter Berührung nicht. Uvula stark geschwollen, blutig suffundirt. An den Gaumenbögen Haemorrhagien. Tonsillen wenig vergrössert. Temperatur 37,5, Puls 100. Herztöne leise, I. Ton unrein, kein Geräusch. Die subjectiven Beschwerden des Pat. beschränken sich auf Gefühl von Trockenheit und Brennen im Halse.

Ordinirt wurde Hydrastis canad., im Uebrigen wurde dem Pat. Citronenwasser, kalte Milch, Eispillen verabreicht, die Mundhöhle oft gereinigt und nach Möglichkeit feucht erhalten.

Abends entleerte Pat. ca. ¾ Liter fast rein blutigen Urins. Die Beschwerden im Halse wurden heftiger, die Sprache undeutlich.

Am 23. VI. rasche Zunahme des Kräfteverfalls. Es wurde nochmals blutiger Urin, in spärlicher Menge auch schwärzlicher Koth entleert. An den Hauthaemorrhagien trat ausser fortschreitender Eintrocknung keine wesentliche Veränderung ein. Die Uvula verwandelt sich in einen fingerhutförmigen haemorrhagischen Zapfen. Temperatur subnormal.

Nachmittags stellten sich Delirien und grosse Unruhe, dann Sopor und starke Pulsbeschleunigung ein, und um 6 Uhr Abends erfolgt der Exitus. Der Verlauf dauerte also im Ganzen nur wenig über 4 Tage, von denen die beiden ersten kaum besorgnisserregende Erscheinungen brachten, die letzten unter stürmischen Symptomen zum Ende führten.

Die am anderen Morgen vorgenommene Section ergab folgenden Befund (Prof. Ernst): In der Haut zahllose dunkelviolette Haemorrhagien, die meisten flach, wenige blasenförmig oder erhaben. Der rechte Arm prall gespannt, verdickt, die Flexoren am Oberarm wie infarcirt, blutig infiltrirt, hart, trocken, dunkel schwarzroth, rigide; die tiefere Schicht unversehrt. Die Gefässe (Art. und Ven.) des Armes frei und wegsam. In beiden Pleurahöhlen geringe Mengen haemorrhagischer Flüssigkeit. Das Herz ganz fleckig von Haemorrhagien, kleinen punktförmigen bis mandelgrossen. Auch die Innenfläche des Herzens von solch' fleckiger Beschaffenheit. Die 3 Semilunaklappen der Aorta verdickt und eingerollt und mit ganz feinen fetzigen Wucherungen besäumt. Auf den Mitralklappen ebenfalls feine, leicht blutige Auflagerungen. Auf den Pleuren einige Blutungen. Im l. Unterlappen vereinzelte derbere lobuläre haemorrhagische Herdchen; dieselben, aber gehäufter im r. Unterlappen. Milz ziemlich gross und weich. Nieren von höchst merkwürdigem Aussehen: blass, wachsgelb, stark trüb, mürbe und weich mit einzelnen wenigen Blutungen in der Rinde. Das Becken ganz haemorrhagisch infiltrirt, die Schleimhaut völlig infarcirt; dadurch das Beckenlumen verengt und ganz mit Blut ausgefüllt; nach dem Ureter zu dieser Zustand haarscharf quer abgeschnitten; eigentlicher Ureter wohl haemorrhagisch gefleckt, doch nicht so infarcirt wie das Becken. Beiderseits gleicher Befund. Blasenschleimhaut voll Blutungen, an Ausdehnung und Zahl nach dem Trigonum und Blasenhals hin zunehmend. Auf Darmserosa und Mesenterium einzelne wenige verwaschene Blutungen von grösserer Ausdehnung (Markstückgrösse und darüber). Magen über und über voll Blutungen, kleinen und grösseren, dicht stehend und sich berührend: wohl mehrere Hundert im Ganzen. Duodenalschleimhaut frei von Blutungen, dagegen im Lumen merkwürdig gestaltete, wie gekrüllt aussehende Blutcoagula: die gekrüllte Form vielleicht als Abdruck der Falten des Darmes. — Uvula haemorrhagisch infiltrirt, geschwollen, gedunsen, an der Hinterfläche erodirt; solche Erosionen auch am Zungengrund, im Pharynx, an den Tonsillen; Trachea dicht mit Blutungen besät; Gaumenbögen rauh, wie diphtherisch belegt. — In den Meningen und im Hirn keine Blutungen, auch sonst makroskopisch keine Veränderungen. Bauchmuskeln und Psoas frei von Blutungen, dagegen Pectoralis befallen; Halsmusculatur frei.

Anat. Diagn.: Ausgedehnte Blutungen in Haut, Musculatur, Herz, Lungen, serösen Häuten, Magen- und Darmschleimhaut, Blasen-, Nierenbecken- und Ureterenschleimhaut. Degeneration von Leber und Milz. Endocarditis der Mitralis- und Aortaklappen. Bronchopneumonische lobuläre haemorrhagische Herde in beiden Unterlappen. Haemorrhagische Erosionen und diphtherisch belegte Geschwüre am Zungengrund, Uvula und Gaumenbögen. Enge Aorta (kein Blut im Ductus thoracicus).

Die Blutuntersuchungen intra vitam ergaben am 23. VI. die Herabsetzung des Hb-Gehaltes auf 20 Proc., die Anzahl der rothen Blutkörperchen = 1½ Mill. Die bacteriologische Untersuchung hatte ein positives Resultat. Aus Pustelinhalt dagegen, der mit Pravaz'scher Spritze angesogen und auf Agar ausgestrichen wurde, liess sich in mehreren Culturen Staphylococcus aureus züchten. Mit Bouillonaufschwemmung von Culturen wurden zwei Meerschweinchen intraperitoneale Injectionen gemacht. Das eine blieb frei von Krankheitserscheinungen, das andere war vorübergehend weniger munter und fresslustig, erholte sich aber wieder vollkommen. Die Section ergab in beiden Fällen in Bezug auf Purpura völlig negatives Resultat.

An der Leiche wurde die bacterielle Blutuntersuchung wiederholt. Es wurden Gelatine- und Agarculturen von dem Herzblut und Milzsaft angelegt, doch blieben dieselben steril.

Zur mikroskopischen Untersuchung waren mehrere haemorrhagische Hautstückchentheile aus der haemorrhagisch infarcirten Oberarmmusculatur, Stückchen von den stark vergrösserten Tonsillen und von den Nieren herausgeschnitten und in Formol gehärtet. In den Nieren findet sich parenchymatöse z. Th. haemorrhagische Nephritis. Bacterien sind nicht nachzuweisen, ebensowenig gelang es, in den anderen Präparaten mit den entsprechenden Methoden solche zu finden.

Die Symptome des Falles waren kurz die einer acuten Infection; im Vordergrunde Erscheinungen haemorrhagischer Diathese. Der foudroyante Verlauf, die vielfältige Pustelbildung, die heftigen Schleimhautblutungen mussten an jene besonders maligne Form der Blattern, die Variola haemorrhagica denken lassen. Wegen gänzlichen Mangels anamnestischer Anhaltspunkte für eine stattgehabte Infection, und des Einsetzens der haemorrhagischen Symptome gänzlich ohne die für Variola charakteristischen Prodromal- und Initialsymptome war Variola mit Wahrscheinlichkeit auszuschliessen. Gegen Scorbut sprach ausser der Anamnese der geringe Grad der Zahnfleischerkrankung. Der Symptomencomplex entsprach am meisten der Purpura haemorrhagica, und zwar jener infectiösen Form, die, ohne Folgekrankheit eines Rheumatismus, einer Sepsis oder anderen schweren Infection zu sein, primär mit haemorrhagischen Symptomen einsetzt und als eine Infection sui generis aufgefasst wird. Bei dem rasch tödtlichen Verlauf wäre noch besonders zu denken an die von Henoch[1]) beschriebene Purpura fulminans, doch schliesst das Auftreten reichlicher Schleimhautblutungen die Berechtigung dieser Diagnose aus. Nach Henoch sind bei P. fulminans die Blutungen auf die äussere Haut beschränkt, der Ausgang ist letal, der Sectionsbefund negativ. Trotzdem stellte freilich Görges[2]) die Diagnose auf Purpura fulminans, bei einem Fall, der neben ausgedehnten Hauthaemorrhagien Schleimhautblutungen aufwies und in Genesung ausging und selbst Litten[3]) berichtet bei dem von ihm beobachteten Fall von Purpura fulminans über Haemorrhagien der serösen Häute. Ob es ganz berechtigt ist, nach Henoch eine scharfe Grenze zu ziehen, mag dahingestellt bleiben, aber immerhin sollte der Name für das Krankheitsbild reservirt bleiben, wie es von Henoch zuerst klinisch und anatomisch scharf genug charakterisirt ist.

Was die Aetiologie unseres Falles anlangt, so mag man bei dem plötzlichen Einsetzen und dem rapiden Verlauf kaum daran denken, dass etwa Alterationen des Blutes oder des Gefässsystems, wie sie ja in verschiedener Weise bei der Purpura beschrieben sind, hier in Frage kommen. So weit die mikroskopische Untersuchung der Organtheile darüber Aufschluss geben konnte, ist in der That auch nichts von diesbezüglichen Befunden zu verzeichnen. Bemerkt sei hier immerhin die im Sectionsprotokoll angeführte „auffallende Enge der Aorta", ein Befund, auf dessen Häufigkeit der Erkrankungen haemorrhagischer Diathese Virchow schon vor vielen Jahren aufmerksam gemacht hat. — Dass wir es in Fällen, wie dem beschriebenen, vielmehr aetiologisch mit einem infectiösen oder toxischen Vorgang zu thun haben, wurde schon oben ausgesprochen. Die Art dieser Infection und ihre Urheber sind leider noch recht unvollständig erforscht. Indem bezüglich ausführlicherer literarischer Angaben auf die Zusammenstellungen von Hoffmann[4]) und Litten[3]) verwiesen wird, sei hier nur ganz kurz der gegenwärtige Stand der bacteriologischen Untersuchungen über die Purpura gekennzeichnet.

Abgesehen von anderen bacillären Erkrankungen, bei denen Purpurasymptome als Complication oder Nachkrankheit auftreten können, sind in etlichen Fällen, die als primäre infectiöse Purpura aufgefasst wurden, Staphylococcen, Streptococcen, Diplococcen, verschiedene Bacillen im Blut, im Pustelinhalt und in Leichenorganen gefunden und als specifische Infectionserreger betrachtet — bei einigen schien sich die specifische Wirksamkeit sogar durch Thierexperimente erhärten zu lassen —; in einer grossen Anzahl anderer Fälle wiederum war das Ergebniss der bacteriologischen Untersuchung auch bei rationellem Vorgehen negativ.

Schon die Differenz der Untersuchungsergebnisse bis in die neueste Zeit hinein gibt Berechtigung, einstweilen dem „Bacillus purpurae" gegenüber noch zurückhaltend zu sein.

Am meisten wahrscheinlich gemacht wurde die Existenz und Constanz eines solchen vor etwa einem Jahrzehnt durch Kolb[5]). Er hatte Gelegenheit, in einer Anzahl von Fällen ein anscheinend constantes Bacterium nachzuweisen und dessen specifische Wirksamkeit durch zahlreiche Thierexperimente zu begründen. Er stützt sich im Wesentlichen auf 3 Fälle von „Purpura fulminans" — so bezeichnet auch Kolb die rasch unter foudroyanten Symptomen zum Exitus führende Erkrankung, obgleich auch ihm die Section ausgedehnte haemorrhagische Zustände innerer Organe ergab —, bei denen ihm zwar die Blutuntersuchung am Lebenden völlig negative Resultate lieferte, dagegen die mikroskopische und bacterielle Prüfung des Leichenmaterials stets denselben Bacillus ergab. Derselbe wuchs auf den gewöhnlichen Nährböden, war in Organschnitten durch die Kühne'sche Methylenblaufärbung regelmässig nachzuweisen und erwies sich als specifisch infectionserregend für Versuchsthiere. Die inficirten Thiere — und zwar zeigten sich infectionsempfänglich weisse Mäuse, Kaninchen und Hunde, während Meerschweinchen und Tauben fast immun waren — erkrankten an typischer Purpura; sie zeigten bei der Section auch Haemorrhagien in den serösen Höhlen und inneren Organen und aus diesen liess sich wiederum der Bacillus mit Sicherheit weiterzüchten. Durch gelungene Infection mit Culturfiltrat stellte Kolb schliesslich noch fest, dass nicht nur die Bacillen selbst, sondern auch die producirten Toxine allein specifisch pathogen wirken können.

Die Annahme, dass mit diesen erfolgreichen Untersuchungen die Aetiologie wenigstens der acuten infectiösen Purpuraform klar gestellt sei, hat sich leider insofern nicht bestätigt, als der Kolb'sche Bacillus von späteren Untersuchern nicht mehr mit Sicherheit festgestellt wurde.

So dürfte dieser Bacillus wohl nur für gewisse, wie es scheint, klinisch nicht wohl abgrenzbare Fälle von Purpura als specifischer Erreger anzusehen sein, für den grösseren Theil der Erkrankungen ist aber damit noch keine Aufklärung erlangt. Zu den letzteren gehört auch der unserige, der klinisch den von Kolb mitgetheilten ausserordentlich nahe steht. So interessant an sich die klinische Beobachtung des Falles war, kann leider aus den gemachten Beobachtungen ein Schluss zur Förderung der aetiologischen Erkenntniss der Purpura nicht gezogen werden.

Aus der Frauenklinik der Universität Basel (Director: Prof. Dr. Bumm).

Ein einwandsfreier Fall von hysterischem Fieber.

Von Dr. E. Wormser, I. Assistenzarzt und cand. med. Rob. Bing, Unterassistent der Klinik.

Seitdem Briquet[1]), als der Erste, das bei Hysterischen ab und zu beobachtete Fieber als nervöses Symptom und nicht als Ausdruck einer mehr oder weniger versteckten anderen Ursache oder ausschliesslich als Folge betrügerischer Manöver seitens der Patienten angesehen hat, ist der Begriff des hysterischen Fiebers viel umstritten worden. Von den Einen als häufige Erscheinung bei Hysterie erwähnt, wird es von Anderen ganz geleugnet oder wenigstens stark angezweifelt. Es dürfte desshalb nicht überflüssig sein, einen Fall mitzutheilen, der genau genug beobachtet ist, um keine falsche Deutung fürchten zu müssen und der uns in Folge dessen als sicherer Beweis für die Existenz eines wirklichen, reinen hysterischen Fiebers erscheint.

Was die früheren Autoren davon abgehalten hat, an ein nervöses Fieber zu glauben, waren die damals herrschenden Fieber-

---

[1]) Berl. klin. Wochenschr. 1887.
[2]) Berl. klin. Wochenschr. 1897.
[3]) Krankheiten der Milz und die haemorrhag. Diathesen 1898.
[4]) Constitutionskrankheiten 1893.
[5]) Arbeiten aus dem Kaiserl. Gesundheitsamte. Bd. VII. 1891.
[1]) Briquet: Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie 1859.

theorien. Seitdem aber die grundlegenden Arbeiten von Richet[2]), sowie von Aronsohn und Sachs[3]) experimentell durch eine Verletzung des medialen Randes des Corpus striatum, des Centrums für die Wärmeregulirung, das Entstehen bedeutender Temperatursteigerungen auf rein nervös-traumatischer Basis bewiesen haben, ist den zahlreichen klinischen Beobachtungen, die vorher und nachher gemacht worden sind, und die alle die Möglichkeit einer Hyperthermie centralen Ursprungs wahrscheinlich gestalteten, die nöthige Stütze verliehen worden. Hierher gehören die Fälle von Fieber nach Verletzungen von Hirn und Rückenmark; wir erinnern an die Beobachtungen von Brodie[4]) (Fieber bei traumatischer Haemorrhagie im Cervicalmark), Simon[4]) (44° bei Fractur des 12. Brustwirbels), Frerichs[4]) (43,6° bei Bruch des 5. und 6. Halswirbels), Broca[5]) (2 Fälle von Schädelfractur mit 40° und 42° wenige Stunden nach der Verletzung), Polosson[5]) (42° nach Abtragen eines Angioms des Gehirns), Jaboulay[5]) (41,9° bei einem Tumor der Basis); jeder beschäftigte Chirurg hat ähnliche Fälle zu verzeichnen. Hierher gehört ferner das Erzeugen von Fiebertemperatur durch Suggestion: Debove[6]) brachte es dabei auf 38,5°, v. Krafft-Ebing[4]) sogar auf 41,5°. Endlich gehört wohl in das Gebiet des nervösen oder functionellen Fiebers die bekannte Hyperthermie in unmittelbarem Anschluss an den Katheterismus, während die postepileptische Temperatursteigerung, die man auch hierher zu rechnen versucht hat, wohl eher die Folge der heftigen tonischen Contractionen fast der gesammten Körpermusculatur sein dürfte. Abgesehen von den interessanten und beweisenden Versuchen, welche die Verletzung des Corpus striatum zum Ausgangspunkt nahmen, sind noch andere wichtige Experimentaluntersuchungen vorgenommen worden. So fand Bókai[7]) bei Kaninchen Temperaturen bis 41,7° nach Abtragen der Hälfte oder des hinteren Abschnittes der Hirnrinde; ebenso bei Reizung gewisser Stellen der Rinde; endlich Temperaturerhöhung verschiedener Körpertheile nach Erregung bestimmter Rindenpartien. Hale White[8]) beobachtete nach Zertrümmerung kleiner Partikelchen der Rinde kurzdauernde Temperaturerhöhungen und Girard[9]) stellt als Folgerung seiner Experimente vier Centren für die Wärmeregulation auf, während Isaac Ott[5]) durch Excitation zweier Rindenfelder, nahe dem hinteren Ende der Fossa Sylvii, Hypothermie erzeugen konnte.

Es unterliegt nach alledem keinem Zweifel, dass es ein, wenn nicht mehrere Wärmecentra gibt — und damit ist zugleich dem „nervösen" oder „functionellen" Fieber das Bürgerrecht in der Summe der nosologischen Begriffe eingeräumt. Zugleich verliert aber auch dabei die Annahme eines „hysterischen" Fiebers all' das Wunderbare, das ihr vor Entdeckung der Wärmecentren angehaftet hat. So gut wie die Centren der Bewegung, der Sinneswahrnehmung etc. von der Hysterie ergriffen werden, ebensogut kann dies auch dem Centrum für Thermoregulation passiren und es wäre umgekehrt merkwürdig, und erklärungsbedürftig, wenn die Hysterie, die ja sonst keine einzige cerebrale Sphäre ganz verschont, vor der Centrale dieser einen Function Halt machen würde.

A priori lässt sich nach dem Gesagten die Möglichkeit eines Fiebers auf hysterischer Grundlage kaum mehr leugnen. Wie kam es nun, dass trotz vieler casuistischer Mittheilungen, die alle den klinischen Beweis für das Vorkommen desselben bringen wollten, dasselbe immer noch von maassgebender Seite einem skeptischen Achselzucken begegnete? Man sprach von verkappten, nicht erkannten Organlaesionen, man bezichtigte betrügerische Manöver der Patientinnen, die, um sich interessant zu machen, an die Quecksilberkugel des Thermometers percutirten oder denselben in der Achselhöhle so lange hin- und herrieben, bis die dadurch erzeugte Wärme die Säule um einige Grade in die Höhe getrieben hatte. Auf dieses Argument stützt sich insbesondere auch Strümpell[10]), um, bis in die neueste Auflage seines trefflichen Lehrbuches hinein, sich dem hysterischen Fieber gegenüber skeptisch zu verhalten. Es hat jedoch genügt, auf diese Dinge hinzuweisen, um jeden Arzt zu strenger Controle zu veranlassen. Gewiss werden immer einige Fälle mit unterlaufen, bei denen das Fieber sich auf eine somatische Störung zurückführen liesse; sicherlich hat man allen Grund, an Temperaturbeobachtungen zu zweifeln, die nicht in Gegenwart des Arztes oder vertrauten geübten Personals gemacht worden sind. Damit lassen sich aber nicht alle publicirten Fälle von hysterischem Fieber aus der Welt schaffen, und es gibt deren genug, wo die genaueste, von competenter Seite vorgenommene und auf alle Theile des Körpers ausgedehnte Untersuchung nichts, rein nichts von einer Organlaesion nachweisen liess, wo zudem der ganze Verlauf der Temperaturbewegung jeder Analogie mit demjenigen der bekannten Krankheitstypen bar war, wo ferner die Folgen des Fiebers — Vermehrung der Harnstoffausscheidung und Gewichtsabnahme — sich geltend machten, und wo endlich die Feststellung der Eigenwärme in der einwandsfreiesten Weise, durch den Autor selbst oder z. B. durch Einführung des Thermometers in's Rectum geschehen ist. So in einem Falle von Sarbó[11]), der 3 mal täglich die Messung selbst vornahm und dabei während 2 Wochen tägliche, fast zur selben Stunde auftretende Fieberparoxysmen von 38,5° bis 39,5° constatiren konnte. So auch in einem Falle Soulier's[12]), der bei einer in Folge eines psychischen Affectes in Narkolepsie verfallenen jungen Frau an 3 aufeinanderfolgenden Tagen, mit verschiedenen Thermometern, die Temperatur in der Vagina bis auf 44° steigen sah. So endlich in einem von Meissen[13]) mitgetheilten Fall, bei welchem 3 Aerzte mit einem besonders exacten Thermometer im Rectum wiederholt 45° beobachten konnten. Diese Beispiele liessen sich noch beliebig vermehren und widerlegen definitiv den Einwand, das hysterische Fieber beruhe einfach auf Täuschung.

Die Zeichen, die dem hysterischen Fieber sein eigenartiges Gepräge geben, sind übrigens oft (allerdings nicht immer) so charakteristisch, dass man keine Mühe hat, dasselbe von einer organischen Temperatursteigerung zu unterscheiden. Das ist zunächst die von verschiedenen Beobachtern (Hale White[14]), Moravcsik[15]), Sarbó[16]), Meissen[17]) etc.) constatirte ungewöhnliche Dissociation zwischen Temperatur einerseits, Puls und Respiration andererseits; während die erstere sehr hoch ist, können die beiden letzteren fast normal oder doch nur unbedeutend beschleunigt sein. [Das umgekehrte Verhältniss — gesteigerte Puls- und Respirationsfrequenz bei nahezu normaler Temperatur — kommt übrigens ebenfalls vor und hat zur Bezeichnung desselben als „hysterisches Scheinfieber" geführt — Rosenthal[18]), Sarbó[19]), Heubner[19a]). Ferner zeigen oft Temperatur, Puls und Respiration ungewöhnliche und regellose Schwankungen, die einer genaueren Beobachtung nicht entgehen und verdächtig sind. Allerdings können diese Schwankungen und Dissociationen auch fehlen. Das meist acute Auftreten ist weniger auffällig als der oft nach sehr kurzer Zeit wieder erfolgende brüske Abfall. Ferner muss eine auf's Aeusserste

[2]) Charles Richet: Société de biologie 1884. Comptes rendus XCII und Centralbl. f. d. medic. Wissenschaften 1885.

[3]) Aronsohn und Sachs: Ueber die Beziehungen des Gehirns zur Körperwärme und zum Fieber. Pflüger's Arch. f. Phys. 1885, 37.

[4]) Citirt bei Arthur Sarbó: Ueber hysterisches Fieber. Arch. f. Psychiatrie XXIII, 1892, pag. 494 u. 497.

[5]) Citirt bei Cl. Cuzin: Sur un cas de fièvre hystérique. Lyon médic. XCII, 1899, pag. 483.

[6]) Debove: De la fièvre hystérique. Gazette hebdomad. 1886, No. 19.

[7]) Arpád Bókai: Der Einfluss des Centralnervensystems auf die Wärmeregulirung des thierischen Körpers. Orvosi hetilap 2—5, 8—10; Ref. Neurolog. Centralbl. 1882, 16.

[8]) Cit. bei Sarbó, loc. cit., pag. 498.

[9]) Girard: Contribution à l'étude de l'influence du cerveau sur la chaleur animale et sur la fièvre. Arch. de physiol. 1886, VIII.

[10]) Strümpell: Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. Leipzig 1900, Bd. III, pag. 618.

[11]) Sarbó: loc. cit., pag. 514, ff.

[12]) Henri Soulier: Hyperthermie apyrétique corrélative avec état narcoleptique. Lyon médic. XCIII, 1900, No. 1.

[13]) Meissen: Fieber und Hyperthermie. Ein Fall von „hysterischem" Fieber. Berl. klin. Wochenschr. XXXV, 1898, No. 23 und 24.

[14]) Hale White: A case of hysterical pyrexia. Clin. soc. of London. The Lancet, 20. Febr., 1886, pag. 351.

[15]) Moravcsik: Beiträge zu Temperatur-, Puls- und Respirationsverhältnissen der Hysterischen. Orvosi hetilap. Ofenpest 1886. Cit. bei Sarbó, loc. cit., pag. 493.

[16]) Sarbó: loc. cit.

[17]) Meissen: loc. cit.

[18]) M. Rosenthal: Ueber vasomotorische Innervationsstörung bei Hysterie. Allg. Wien. med. Zeitg. 1871, No. 23, 24 und M. Rosenthal: Ueber Gefühlsstörungen bei Hysterie. Prag. med. Wochenschr. II, 17, 1877.

[19]) Sarbó: loc. cit.

[19a]) Heubner: Ueber langdauernde Fieberzustände unklaren Ursprunges. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1899, Bd. 64, p. 33.

getriebene Temperatursteigerung Verdacht erwecken. Gerade in den Fällen, wo die Blutwärme die schwindelhafte Höhe von 42° bis 45° erreicht (Lorentzen[20]), Soulier[21]), Meissen[22]), Kobler[23]), Dippe[23a]) wird es ein Leichtes sein, ein organisches Leiden durch die Untersuchung oder den günstigen Verlauf auszuschliessen.

Ein interessantes, wohl kaum anders als auf nervösem Wege zu erklärendes Symptom ist die Verschiedenheit der Temperatur der beiden Körperhälften, auf die schon Wunderlich[24]) hingewiesen hat, der bei einer 18jährigen Hysterica während fast eines Jahres Differenzen bis zu 1,5° zwischen der rechten und der linken Achselhöhle (oder auch Schenkelbeuge) fand. Der von Sarbó[25]) beobachtete Fall ist dagegen nicht beweisend: Es wies nämlich eine seiner Patientinnen auf der einen Seite, die zugleich anaesthetisch war, constant eine 0,3° bis 0,5° niedrigere Temperatur auf als auf der gesunden Hälfte, eine Differenz, die aber nicht genügend gross ist, um pathologisch genannt zu werden. Denn es kommen auch unter normalen Verhältnissen auf beiden Körperhälften Differenzen vor: Holzapfel[26]) fand nämlich, dass die durchschnittlichen Unterschiede bei 583, an 31 Wöchnerinnen vorgenommenen, vergleichenden Messungen in beiden Achselhöhlen bis zu 0,6° betrugen. Abnorm und alsdann für hysterisches Fieber pathognomisch sind also erst Differenzen von 1 Grad und darüber. Ein Verhalten wie das von Wunderlich berichtete ist unseres Wissens bei den organischen Temperatursteigerungen — ausser natürlich in der Nähe von Entzündungsherden — nicht beobachtet worden. Es wäre auch schwer zu erklären, während es andererseits ganz in den Rahmen des Fiebers als hysterisches Symptom hineinpasst: Das einseitige Fieber ist ein Analogon der einseitigen Anaesthesie, der einseitigen Krämpfe.

Schliesslich wären noch von Interesse die Verhältnisse des Stoffwechsels bei hysterischem Fieber. Leider sind darüber nur wenige Untersuchungen vorgenommen worden, wesshalb denn auch die Ansichten sich widersprechen. Cuzin[27]) hat bei seinem Fall 2mal den Urin untersuchen lassen und dabei verminderte Harnstoffausscheidung gefunden; er spricht von „Urine nerveuse". Sarbó[28]) hat nur bei einem seiner Fälle Vermehrung des Harnstoffs, bei allen dagegen Abnahme des Körpergewichts constatiren können, während eine solche nach Boulay[29]) fehlt. Es bedarf also noch weiterer Untersuchungen, um die Verhältnisse des Stoffwechsels bei hysterischem Fieber festzustellen[30]). Wie sie aber auch ausfallen mögen, werden sie nichts beweisen, weder für noch gegen die Existenz des letzteren, denn der Begriff „Fieber", so wie er heute aufgefasst wird, bedeutet einfach Hyperthermie; alles andere, insbesondere die Consumption und ihre Ursache, die Stoffwechselstörung, sind Folgezustände. Sollten dieselben beim hysterischen Fieber fehlen, so würden sie ein gutes differentialdiagnostisches Mittel gegenüber dem gewöhnlichen Fieber abgeben; sollten sie aber vorhanden sein (wie dies aus Analogie mit dem experimentellen Fieber von Aronsohn und Sachs a priori wahrscheinlich ist), so wäre dies nicht zu verwundern — es wäre eben lediglich der Ausdruck der Hyperthermie.

---

[20]) Lorentzen: En Temperaturstigning til 44,9 Grad. Hospitalstidende 1889, No. 25. Ref. Centralblatt f. Nervenheilk.
[21]) Soulier: loc. cit.
[22]) Meissen: loc. cit.
[23]) Kobler: Gibt es ein „hysterisches" Fieber? Wiener med. Wochenschr. 1900, No. 26.
[23a]) H. Dippe: Ein Fall von hysterischem Fieber. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1899, Bd. 64. p. 212.
[24]) Wunderlich: Das Verhalten der Eigenwärme in Krankheiten. Leipzig 1870.
[25]) Sarbó: loc. cit., pag. 519 ff.
[26]) K. Holzapfel: Zur Frage der Temperaturmessungen im Wochenbett. Centralbl. f. Gynäk. 1897, No. 27, pag. 868.
[27]) Cuzin: loc. cit., pag. 472 u. 476.
[28]) Sarbó: loc. cit., pag. 505.
[29]) Boulay: De la fièvre hystérique. Gazette des hôp. LXIII, 148, 1890.
[30]) Anmerkung bei der Correctur: Eine weitere Arbeit über diesen Gegenstand ist unterdessen im Referat (Centralblatt f. innere Med. 1900, No. 37) erschienen: Nalin e Taidelli: Ricerche sul ricambio molecolare in un caso di febbre nervosa (Clinica med. ital. 1900, No. 2). Bei einem seit 2 Jahren an periodischen Fieberanfällen nervöser Natur leidenden jungen Mädchen fanden die beiden Autoren keine Steigerung der Harnstoff- und Gesammtstickstoffausscheidung.

Nach alledem wird es nicht mehr angehen, die Möglichkeit und das thatsächliche Vorkommen des hysterischen Fiebers einfach zu negiren; wer dies thun will, muss neue Erklärungsversuche beibringen, die beweisen müssten, dass Temperatursteigerungen noch andere als die bis jetzt bekannten Ursachen haben können. Es ist ja nicht ausgeschlossen, dass mit der fortschreitenden Erkenntniss, beispielsweise der Autointoxicationen intestinalen Ursprungs eine Anzahl der bis jetzt räthselhaften Fälle eine unerwartete Aufklärung erhalten werden. Vorläufig aber müssen wir solche Beobachtungen, wenn sie bei nachgewiesener Hysterie auftreten, als hysterisches Symptom auffassen, um so eher, als einer solchen Annahme keinerlei Bedenken entgegen stehen, und derlei bei sonst Gesunden, nicht Hysterischen, eben doch nicht vorkommt.

Die Krankengeschichte unserer Patientin lautet, unter Weglassung der für den vorliegenden Zweck unwichtigen Dinge, folgendermaassen:

M. Z., Kellnerin, 24 Jahre alt. Von mütterlicher Seite her ist Patientin neuropathisch belastet; ihre Mutter litt 2—3 mal wöchentlich an Anfällen, wobei sie zuerst die Extremitäten „verrenkte", dann starr, mit rückwärts gebogenem Körper, bewusstlos liegen blieb. Nähere Angaben vermag Pat., die damals ein kleines Mädchen war, nicht mitzutheilen. Im Alter von 48 Jahren soll die Mutter in einem solchen Anfalle gestorben sein.

Eine Schwester der Pat. wurde als Mädchen wegen ähnlicher Anfälle in einer Heilanstalt verpflegt; seit deren Verheirathung sollen sich die Anfälle nie mehr wiederholt haben. Sie hat mehrere Kinder, die vollkommen gesund sind.

Eine zweite Schwester litt zur Zeit ihrer geschlechtlichen Entwicklung an allgemeinen Krämpfen, die jedoch seitdem nicht mehr aufgetreten sind.

Ein Bruder der Patientin ist von der Knabenzeit an häufigen Anfällen unterworfen; da sie ihn aber seit ihrem 13. Jahre nicht mehr gesehen, so kann sie diese Anfälle nicht näher schildern. Sie weiss nur, dass er dabei das Bewusstsein verliert und dass nach dem Anfalle häufig eine Lähmung der Zunge zurückbleibt, die erst nach einigen Tagen verschwindet. In Folge seiner Anfälle hat er seinen Beruf als Kutscher aufgeben müssen.

Die fünf anderen lebenden Geschwister sind gesund, ebenso der Vater. Zwei Geschwister sind in ganz früher Jugend an Diphtherie gestorben.

Von weiteren Verwandten kommt noch als neuropathisch in Betracht eine Tante, Schwester der Mutter, die, heute eine alte Frau, noch dieselben häufigen Anfälle wie jene durchmacht. Auch hier Bewusstlosigkeit und während einiger Tage Lähmung der Zunge. Im Anfall soll sie ihre Fäuste so heftig aneineinander reiben, dass die Knöchel bluten.

Als Kind hat Patientin Diphtherie durchgemacht, ebenso Scarlatina, seit welcher eine noch heute vorhandene rechtsseitige eitrige Otorrhoe besteht. Auch litt sie oft an „Krämpfen". Soweit Patientin sich erinnern kann, traten bei ihr ziemlich häufig starke Migraneanfälle auf, wie sie sich noch jetzt einstellen.

Im 16. Jahre (Pubertät!) ein einmaliger „Ohnmachtsanfall mit Krämpfen".

Vom 16. bis zum 20. Altersjahre will Patientin bleichsüchtig gewesen sein und an Magen- und Verdauungsbeschwerden gelitten haben.

Häufig besteht Heiserkeit mit trockenem Husten, ferner Ohrensausen in beiden Ohren. Von jeher habituelle Obstipation. Patientin will stets sehr reizbar gewesen sein, bekommt bei der geringsten Aufregung Kopfschmerzen.

Menstruirt wurde Patientin mit 16 Jahren; die regelmässig 4wöchentliche Periode hielt stets 8 bis 10 Tage an. Am 1. und 2. Tage Molimina.

Was die Vita sexualis der Patientin betrifft, so sind Excesse in Venere seit mehreren Jahren sichergestellt; sie benahm sich Männern gegenüber stets im höchsten Grade provocirend. Alkoholismus wird geleugnet; Patientin will sogar stets Widerwillen gegen Alkoholica empfunden haben. (Auf der Abtheilung überlässt sie oft ihre Weinration ihren Mitpatientinnen.)

Nie Geburt oder Abort.

Anfangs 1897 acquirirt Patientin Gonorrhoe: Wasserbrennen, Fluor albus. Zugleich werden die früher 6—10tägigen Menses, 10—14tägig und von heftigeren Schmerzen begleitet als früher.

Am 31. Dec. 1897 setzt die Regel in ungewohnter Stärke ein; es gehen Coagula ab; furchtbare Schmerzen in beiden Seiten des Leibes. Da letztere bisher die Periode in unverminderter Heftigkeit überdauern, tritt Patientin am 11. Jan. 1898 in die hiesige Frauenklinik ein. — Der damaligen Krankengeschichte entnehmen wir Folgendes:

Die Untersuchung, die wegen starker Empfindlichkeit und Spannung der Bauchdecken in Narkose vorgenommen werden musste, ergab:

Uterus in toto retroponirt; Corpus anteflectirt, kaum vergrössert. Rechts vom Uterus keine Tumoren zu fühlen. Auf der linken Seite des Corpus uteri 3 halbkugelige Tumoren, die unbeweglich mit dem Uterus zusammenhängen, von dem sie sich jedoch abgrenzen lassen, und die peripher mit den Därmen durch Adhaerenzen verwachsen zu sein scheinen.

Diagnose: Urethritis, Endometritis, Sal-

Im Urethral- und Cervicalsecret Gonococcen.
pingoophoritis sinistra gonorrhoica.

Therapie. Bettruhe, Morphiumsuppositorien, Eisbeutel auf das Abdomen, später durch warme Bäder und Priessnitz ersetzt.

3. V. Seit Eintritt Menses regelmässig, 4 wöchentlich, profus, mit heftigen Molimina. In der letzten Zeit ziehende Schmerzen in allen 4 Extremitäten. Massage.

24. V. Als Patientin Morgens 10 Uhr auf die Schüsel gehoben wurde, bemerkte sie angeblich ein Geräusch im Leib, „wie wenn etwas geplatzt wäre". Von dem Moment an starkes Stechen und heftige Schmerzen im Leib. Viel blutiger Ausfluss (Menses). Leib hart, äusserst druckempfindlich. Temperatur steigt auf 39,1°.

24.—30. V. Beständig Fieber (bis 39,2°), Schmerzhaftigkeit und Druckempfindlichkeit im Leib. Erbrechen. Eitriger Ausfluss.

2. VI. Afebril.

27. VI. Temperatur, die seit dem 19. Juni wieder bis auf 38,4° gestiegen war, nun fast afebril (bis 37,7°), nachdem dieselbe unter genauer Beaufsichtigung der Wärterin gemessen wurde.

8. VIII. Von heute ab Aufstehen, Patientin schwach, afebril.

7. IX. Patientin kann immer noch nicht allein gehen. Beine steif und schwach. Untere ⅔ des linken Oberschenkels völlig gefühllos. Allgemeine Sensibilität erscheint stark abgeschwächt. Nadelstiche auf der ganzen Körperoberfläche werden kaum schmerzhaft empfunden.

13. IX. Der links vom Uterus befindliche Tumor ist erheblich kleiner geworden. Immerhin sind Tube und Ovarium noch verdickt und fixirt. Täglich Ichthyoltampons.

20. IX. 38,2°. Schmerzen links im Unterleib und im linken Oberschenkel.

20.—29. IX. Menses, wie immer, zur richtigen Zeit, mit Molimina.

1.—7. X. Schmerzen in Hüften, Ober- und Unterschenkeln. Da trotz aller angewandten Mittel die subjectiven Beschwerden gar nicht, die objectiven Veränderungen nur theilweise gebessert worden sind, wird am 22. Oct. die Laparotomie ausgeführt (Prof. Bumm).

Befund: Beckenorgane durch mässig feste Adhaerenzen unter sich verbunden. Uterus in Retroversion. Tuben normal dick, das Fimbrienende frei, offen, nicht adhaerent. Die linken Adnexe sind nach links und hinten fixirt. Das linke Ovarium ist etwas verdickt, zeigt einen sprungfertigen Follikel. Nirgends Abscesse nachweisbar.

Trotz des geringen Befundes wird wegen der genau localisirten Schmerzen das linke Ovarium mitsammt der Tube unterbunden und excidirt, die Schnittfläche mit dem Paquelin kauterisirt.

Sodann wird der Uterus an die vordere Bauchwand fixirt, durch Annähen der Ligamenta rotunda nahe ihrer Ansatzstelle.

Glatter Heilungsverlauf.

10. XI. Aufstehen. Patientin geht sehr schlecht. Sie muss fest gestützt werden, da sie sonst einfach zusammenfällt. Die Beine sind sehr schwach. Tägliche Faradisation.

16. XI. Zum Gehen ist noch immer Unterstützung nöthig.

20. XI. Patientin kann jetzt allein ordentlich gehen.

26. XI.—1. XII. Menses, wobei Patientin nach wie vor über Schmerzen im Leibe klagt.

6. XII. 1898 Austritt. Wunde lineär geheilt, hält gut. Uterus steht gerade, beweglich, nicht empfindlich. Die Gegend der linken Adnexe ist auf Druck wenig empfindlich; keine Resistenz nachweisbar. Rechte Adnexe normal.

Nach dem Spitalaustritte gönnt sich Patientin zu Hause noch einige Wochen Zimmerruhe. Bei der Periode sollen die Molimina den früheren an Heftigkeit beinahe gleichgekommen sein. Zugleich sollen damals eine Reihe nervöser Symptome, die noch heute bestehen, sich entwickelt haben, während sie vorher nicht aufgetreten seien. Häufiges Doppelt- und Trübsehen; Anfälle von Schwindel, die sich zu den von jeher bestehenden Kopfschmerzen gesellen; hie und da Kriebeln in Händen und Füssen, auch in beiden Leistengegenden; vorübergehendes Kältegefühl und Schaudern, das über verschiedene Hautstellen geht; endlich ziemlich oft kurzdauernde Gefühllosigkeit in den Extremitätenspitzen. Ebenfalls seit der Operation von 1898 will Patientin „furchtbar vergesslich" geworden sein. Als Beleg hierfür führt sie an, dass ihr die von einem Tag auf den anderen gefassten Vorsätze nun regelmässig entfallen, während früher ihr Gedächtniss ein sehr gutes gewesen sei. Patientin erwähnt ferner noch von Zeit zu Zeit auftretende Schwierigkeit beim Wasserlösen, die sie durch verschiedene Thees überwindet.

Ungefähr 6 Wochen nach ihrem Austritte aus dem Spital, nachdem Patientin wieder ausgeht, wird sie eines Abends auf der Strasse von Uebelsein und kurz darauf von Krämpfen befallen, verliert bald das Bewusstsein und wird von einem sie begleitenden Angehörigen in ihre Wohnung geschafft, wo sie nach einigen Stunden wieder zu sich kommt. Einige Tage lang blieb eine Lähmung der Zunge zurück, die auf Elektrisiren hin bald wieder zurückging. Nähere Details vermag Patientin nicht anzugeben.

Seit Beginn des Jahres 1899 steigern sich die menstruellen Krämpfe und Kreuzschmerzen, die an Intensität etwas nachgelassen hatten, wiederum von Periode zu Periode. Seit dem Herbst sind sie so heftig, dass sich Patientin nicht mehr auf den Füssen halten kann. Noch immer weisser Fluss. Patientin wird während dieser Zeit poliklinisch mit Ichthyoltampons und Massage behandelt, ohne jeden Erfolg. Desshalb nach Aufhören der 10tägigen Periode Wiedereintritt in die Frauenklinik, 13. März 1900.

Die Patientin ist eine mittelgrosse, blasse, junge Person von gutem Ernährungszustande. Die Brüste sind gut entwickelt, das Abdomen weist die lineär verheilte Laparotomienarbe auf. Herz und Lunge normal. Urin ohne Eiweiss, ohne Zucker.

Die Genitaluntersuchung ergibt: Uterus anteflectirt, beweglich, auf Druck sehr empfindlich. Die Gegend der linken Adnexe sehr druckempfindlich, keine Resistenz daselbst fühlbar. Die rechten Adnexe verdickt, geschwollen, ein etwa hühnereigrosses Convolut bildend.

Diagnose: Salpingoophoritis dextra gonorrhoica.

Da Patientin absolut arbeitsunfähig ist, die conservative Behandlung aber zu keinem Resultat geführt hat, wird die Totalexstirpation der inneren Genitalien beschlossen.

29. IV. 1900. Hysterectomia vaginalis totalis; Salpingo-oophorektomia dextra (Prof. Bumm).

Das rechte Ovarium ist verdickt, zeigt ein grosses Corpus luteum, die Tube stark verdickt und geschlängelt, mit dem Ovarium und der Umgebung verklebt.

Glatter Heilungsverlauf.

3. V. Patientin ist unruhig, klagt über Hitze und Klopfen im Kopf: Zeit der Periode, die zum erstenmal ausbleiben soll.

4. V. In Folge einer gemüthlichen Aufregung geräth Patientin in einen Zustand ausserordentlicher Excitation, der anderthalb Tage anhält. Krampfhaftes Schluchzen und Weinen stundenlang ohne Unterbrechung. Temperatur 37,9°. Puls 116. Gesicht und Haut des Körpers stark geröthet. Patientin ist nicht ganz orientirt, klagt und jammert so laut, dass sie isolirt werden muss, spricht von Suicidium, von Flucht aus der unwürdigen Behandlung etc.

Therapie: Eisblase auf den Kopf, 2 mal 0,005 Morphium, worauf sich Patientin gegen Abend des 5. allmählich beruhigt.

Weiterer Verlauf ungestört. Pat. klagt jedoch immer noch über Schmerzen im Unterleibe, besonders rechts. Dabei bestehen häufig die obenerwähnten nervösen Erscheinungen: Schwindel, Migraene, Paraesthesien etc., welchen sich zur Zeit der nun ausbleibenden Periode Wallungen zum Kopfe, Hämmern und Klopfen im Ohre, „in's Hirn ziehende Schmerzen" und allgemeines Uebelsein zugesellen.

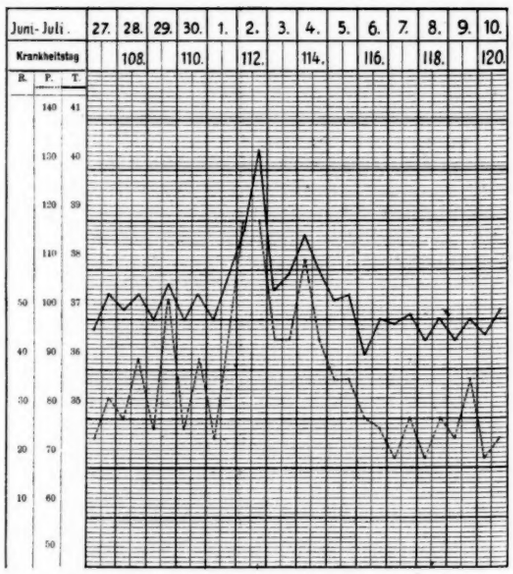
23. V. Genitaluntersuchung: Der rechte Stumpf etwas infiltrirt und schmerzhaft.

Die Druckempfindlichkeit im Unterleib bleibt in der Folgezeit bestehen, erst rechts, nachher wieder mehr links.

20. VI. Vagina trichterförmig geschlossen, weder rechts noch links in der Narbe Infiltration zu fühlen. Trotzdem starke Druckempfindlichkeit links. Pat. darf aufstehen: sie ist äusserst schwach, kann sich auf den zitternden Beinen nicht halten und muss von 2 Personen gestützt werden. Sie behauptet, sie könne sich nicht bewegen; losgelassen, droht sie sofort umzufallen.

30. VI. Im Stehen und Gehen keinerlei Besserung; Pat. macht den Eindruck einer Abasie-Astasie, während in Rückenlage die Bewegungen der Beine vollkommen frei sind.

2. VII. (Zeit der Regel.) Während der Nacht traten plötzlich unter Frösteln stechende Schmerzen in beiden Lendengegenden auf, ausstrahlend nach unten und vorn und in beide Schulterblätter.



Am Morgen weist Pat. eine Achselhöhlentemperatur von 38,8° auf, Puls 120, Herztöne rein. Die Athmung ist kurz, kein Husten. Kein Auswurf. Objectiv in pulmonibus nihil. Beide Nierengegenden, besonders die linke sind druckempfindlich, doch ohne fühlbare Resistenz, ebenso die linke Iliacalgegend. Sonst am ganzen Körper nichts Abnormes zu entdecken, was das Fieber erklären könnte. Im psychischen Verhalten der Patientin keine Aenderung.

Abends 4½ Uhr ist die unter genauer Controle der Schwester 2 mal mit verschiedenen Thermometern gemessene Achselhöhlentemperatur auf 40,4° gestiegen; Puls 120.

Um 5 Uhr Abends treten dann ziemlich plötzlich folgende Erscheinungen ein: Gesicht cyanotisch, Gesichtsausdruck ängstlich, Haut am Körper heiss, stark geröthet, mit Schweiss bedeckt. Beide Hände befinden sich in einer Contracturstellung, so dass die Finger gestreckt, conisch zusammengelegt sind (wie bei Tetanie), nur der Daumen ist gebeugt und wird zwischen dem 3. und 4. Finger vorgestreckt. Werden die Finger auseinandergezogen, was sich ohne Schwierigkeit bewerkstelligen lässt,, so kehren sie nach Nachlassen der äusseren Einwirkung sofort, aber nicht schnellend, in die Contracturstellung zurück. An den Armmuskeln nichts Besonderes. Pat. kann auf Aufforderung die Arme bewegen, während sie die Finger nicht wilkürlich spreizen oder beugen kann. Der Mund wird in Intervallen von ½ bis 2 oder 3 Minuten nach links verzogen, so dass der linke Mundwinkel tiefer steht als der rechte. Dieser Zustand, während dessen Patientin nur unarticulirte Laute von sich gibt, dauert jeweils etwa ½ Minute an. Nachher kann Pat., etwas undeutlicher als gewöhnlich, aber doch noch verständlich sprechen. Sie gibt auf Fragen kurze Antworten, klagt über Spannung im Gesicht, in den Händen, im Leib. Der Mund ist geöffnet, kann auf Aufforderung geschlossen werden, wird aber sofort wieder, wegen ziemlich dyspnoischer Athmung, geöffnet. Die Zunge wird gerade herausgestreckt, zeigt fibrilläre Zuckungen. Puls ca. 140, ziemlich kräftig und voll. Augenbewegungen coordinirt, reflectorische Pupillenreaction erhalten. Patientin, die sehr aufgeregt ist, da sie glaubt sterben zu müssen, lässt sich durch Zureden etwas beruhigen. Eisblase auf den Kopf.

Etwa eine Viertelstunde später ist der Zustand deutlich verschlimmert, die Contracturen der Mundmusculatur folgen sich häufiger, sind dabei von einem lauten, stridorösen Stöhnen der entschieden desorientirten Patientin begleitet, die dabei mit den contracturirten Fingern sich nach dem Halse greift. Schlucken nicht möglich. Die Zunge liegt gewölbt im halb geöffneten Munde, wird auf Verlangen nicht mehr vorgestreckt. Cyanose und Dyspnoe verstärkt, Augen starr, Pupillen mittelweit, reagiren auf Licht.

Pat. erhält 0,005 Morphium subcutan. Kurz darauf tritt etwas Beruhigung ein. Patientin wird in einem dunkeln Zimmer isolirt.

Um 7½ Uhr hat sich das Sensorium so weit gebessert, dass Pat. spontan über ihre Isolirung sich beschwert. Ihre Klagen werden immer heftiger, bis sie um 8 Uhr aus dem Bette springt, um ihr früheres Zimmer wieder aufzusuchen. In's Bett zurückgebracht, lässt sie sich durch Zureden soweit beschwichtigen, dass sie ruhig liegen bleibt.

Um 8 Uhr 40 Abends wird wieder die Temperatur in der Axilla gemessen: sie ist auf 37,8 herabgesunken; der Puls ist noch immer 124. Auf Anfragen gibt Pat. an, dass es ihr viel besser gehe, nur im Unterleibe habe sie noch Schmerzen. Die Sprache ist verständlich, nur von Schluchzen unterbrochen, die Antworten werden in möglichster Kürze gegeben. Durch Bewegungen der Hand deutet Pat. ein sie ängstigendes, peinliches Gefühl im Halse an. Die linke untere Gesichtshälfte zeigt eine leichte Verziehung, Mund und Zunge sind fast normal beweglich. Die Arme werden spontan ganz frei bewegt, die Finger mit Mühe und langsam. Die Ruhestellung der Hand ist jetzt eine leichte Flexionsstellung in Hand- und Fingergelenken; die der Beine eine leichte Flexion im Hüft- und Kniegelenke, die Pat. auf Geheiss mit etwas Mühe spontan überwinden kann. Patellarreflexe sehr stark. Kein deutlicher Fussklonus.

Flüchtige Sensibilitätsprüfung durch Kneifen ergibt: An den unteren Extremitäten nichts Besonderes. An den oberen Extremitäten: eine ziemliche Hyperaesthesie des linken Handrückens (auf gelindes Kneifen reagirt Pat. mit einem Schrei, während sie dasselbe auf dem rechten Handrücken gar nicht als unangenehm empfindet). Am Rumpf: eine exquisite Hyperaesthesie an zwei fünffrankenstückgrossen Stellen über der Mitte beider Poupart'scher Bänder (auf die leiseste Berührung wird mit Zusammenzucken und Schreien reagirt). Kopf: nicht geprüft.

Pupillen reagiren normal. Patientin schwitzt heftig.

3. VII. Bei der Morgenvisite ist Pat., die einige Stunden geschlafen hat, beruhigt und ganz klar; im Gesicht und an den Händen nichts von Contractur mehr zu sehen. Patientin wünscht dringend in ihr früheres Zimmer zurückgebracht zu werden.

Temperatur 37,6°. Puls 96.

Ueber den gestrigen Anfall ausgefragt, gibt Pat. folgende Auskunft: Schon während der Nacht vom 1. auf den 2. war sie unruhig, verspürte unangenehme Empfindungen in den Gliedern und Schmerzen in beiden Lenden. Im Laufe des Morgens steigerten sich diese Empfindungen, zu denen sich am Nachmittage allgemeines Unbehagen und furchtbare Kopfschmerzen gesellten, deren Sitz besonders Nacken- und Schläfengegenden gewesen seien. Dann (gegen 4 Uhr Nachmittags) stellten sich brennende Schmerzen ein an bestimmten Stellen, die Pat. auf's Genaueste bezeichnet: auf beiden Schulterhöhen, auf beiden Flanken, unter den Brüsten, über der Mitte beider Leistenbänder. Plötzlich, um 4½ Uhr, intensive Schmerzen in den Gliedern und Halsmuskeln, krampfhafte Verziehung der Hände und des Gesichts. Patientin weiss noch, dass sie sich sehr geängstigt fühlte; ferner, dass der Arzt sie aufforderte, die Zunge herauszustrecken, was ihr fast unmöglich gewesen sei, weil sich die Zunge ihr im Munde zusammenkrümmte. Von da an will Patientin das Bewusstsein völlig verloren haben, bis sie in der Nacht erwachte und zu ihrem Schrecken sich allein in einem unbekannten Zimmer sah.

Abendtemperatur 37,9°. Puls 96.

Um 6 Uhr Abends muss der Katheterismus vorgenommen werden, da seit dem gestrigen Anfalle Harnverhaltung besteht. Die Blase steht 2 Querfinger unter dem Nabel und enthält 1200 ccm Urin. Trotzdem empfindet Pat. keinen Drang. Urin hell, klar, ohne Sediment, ohne Eiweiss, ohne Zucker.

Genaue Untersuchung der Brust- und Bauchorgane ergibt vollständig negativen Befund, bis auf die erwähnten Druckpunkte. Otorrhoe des rechten Ohres unverändert, äusserlich nichts besonderes an demselben wahrnehmbar. (Eine später vorgenommene otoskopische Untersuchung ergibt fast vollständigen Defect des Trommelfells).

Es wird zur speciellen neurologischen Untersuchung der Pat. geschritten, und es ergibt sich folgender Status:

1) Kopf: Beim leichten Beklopfen des Schädels innerhalb der ganzen Stirngegend schmerzhafte Empfindungen. „Es sticht in's Hirn." Die Motilität ist im ganzen Facialisgebiete intact. Pupillen reagiren normal auf Licht und Accommodation. Augen- und Lidbewegungen intact. Die Prüfung der Sensibilität mit Nadelstichen ergibt: eine Hypaesthesie der ganzen Stirn und beider Schläfen, ferner des linken oberen Lides und der linken Hälfte von Nase, Oberlippe, Unterlippe und Kinn. Ganz anaesthetisch ist die linke Wange und die rechte Gesichtshälfte mit Ausschluss von Stirn und Schläfe. Auf dem Scheitel eine stark handtellergrosse intensiv hyperaesthetische Zone; der Rest des Haarbodens zeigt normale Sensibilität.

Motilität und Sensibilität von Zunge und Gaumen intact. — Sprache und Stimme normal, ebenso der Schlingact. — Speichelsecretion nicht vermehrt.

Dagegen wird das Betasten der Haare, das leichte Hin- und Herziehen einzelner Haarwirbel als sehr schmerzhaft empfunden. Ohrläppchen und Gegend des Processus mastoideus zeigen nichts Besonderes.

Thermaesthesie intact: Kalt und Warm wird durchweg richtig angegeben.

Gehörprüfung: Rechts, wo die eitrige Otitis besteht, wird angeblich die Uhr auch beim Anlegen auf's Ohr nicht gehört. Links wird sie auf 40 cm gehört.

Die Prüfung des Gesichtsfeldes muss, da Pat. bei ihren Angaben beständig sich widerspricht und offenbar simulirt, nach längeren Versuchen aufgegeben werden. Sie behauptet, den weissen, rothen und blauen Papierstreifen erst zu sehen, wenn er bis auf ca. 2 cm an den fixirten Mittelpunkt heranbewegt worden ist; bei Beginn im Centrum und Bewegung des Objects gegen die Peripherie hin ist das Gesichtsfeld eine Spur weiter. — Das rothe Zettelchen wird abwechselnd als weiss und roth, das blaue als schwarz bezeichnet (trotz des schwarzen Hintergrunds!). Pat. will sich übrigens gerade in einem der obenerwähnten Anfälle von Trüb- und Doppelsehen befinden, und in der That scheint eine starke Amblyopie zu bestehen.

2) Hals: Links besteht eine kleine Struma. Sensibilität im hinteren Abschnitte des Halses und im Nacken normal, in der vorderen Hälfte ausgesprochene Hyperaesthesie. Motilität intact.

3) Rumpf: Auf der hinteren Fläche finden sich in der Mittellinie zwei exquisit hyperaesthetische Gebiete, das eine auf dem Sacrum, das andere zwischen den Schulterblättern. Fraglich ist der Empfindlichkeitsgrad einer Strecke links von der Wirbelsäule, die nach den Angaben der Pat. anaesthetisch wäre, innerhalb welcher aber auf tiefere Einstiche mit Zusammenzucken reagirt wird. — Vorne besteht vom unteren Rande der linken Mamma bis zur linken Leistenbeuge eine starke Hyperaesthesie, die in der Mittellinie scharf abgegrenzt ist. Die übrige Oberfläche des Rumpfes zeigt auf Nadelstiche normales Verhalten. Kalt und Warm jedoch kann im ganzen Rumpfgebiete nicht immer von einander unterschieden werden.

4) Extremitäten: In den Händen hie und da einige kleinschlägige Zitterbewegungen. Der Muskelsinn ist im Grossen und Ganzen intact; leichtere Störungen bestehen in den oberen Extremitäten: Pat. gibt an, wenn bei verbundenen Augen ihrem Arm eine bestimmte Stellung gegeben wird, keine Vorstellung von seiner Lage im Raum zu haben. Motilität an allen 4 Extremitäten intact. Ebenso die Reflexe. Die Sensibilität der unteren Extremitäten ist normal. Die Finger der linken Hand sind auf der Streckseite anaesthetisch; dasselbe rechts, nur dass sich hier die Anaesthesie noch auf das ulnare Drittel des Handrückens erstreckt. Das linke Handgelenk ist hyperaesthetisch.

An den Beinen besteht völlige Thermanaesthesie, an den oberen Extremitäten sind bei der Prüfung des Wärmesinns die Antworten ziemlich vag.

Auf der ganzen Körperoberfläche exquisite Dermographie.

Sensorium: Frei. Starke psychische Depression mit stürmischen Aeusserungen des Affects.

Hier möge die psychische Constitution der Patientin, wie sie während des langen Spitalaufenthalts zur Beobachtung kam, Erwähnung finden. Pat. ist äusserst reizbar und empfindlich, bringt zu wiederholten Malen unmotivirte, zum Theil sogar in allen Stücken erfundene Klagen gegen das Wartepersonal und Patienten vor, so dass sie während ihres ersten, langen Spitalaufenthaltes mehrmals verlegt werden musste, da sie überall Händel stiftete. Vorwiegend ist eine gewisse gemüthliche Depression, die Furcht, nicht geheilt zu werden, Ungeduld über die lange Dauer der Behandlung, die langsame Besserung etc. Dabei ist Pat. von äusserster Labilität der Stimmung; oft weist sie, unmittelbar nach einem Zustand höchster Depression mit Weinen und Jammern, wieder eine übermüthig fröhliche Laune auf, belustigt ihre Mitpatientinnen, ist überzeugt, dass sie in kürzester Zeit geheilt sein werde etc. Hervorstechend ist immer wieder das Bestreben, sich interessant

zu machen, zu übertreiben. Im Zimmer merkt Niemand etwas von Schwerhörigkeit; wird das Gehör aber geprüft, so behauptet sie, auch auf dem gesunden Ohr Flüstersprache auf 2 Meter Distanz nicht mehr zu hören. Ebenso steht es mit dem Gesichtssinn. Beim Fingerzählen auf eine Entfernung von 3 Schritt macht sie die verkehrtesten und unwahrscheinlichsten Angaben, weil sie sieht, dass dieser Punkt den Arzt interessirt.

4. VII. Morgens weist Pat., bei einem Puls von 112, eine Axillartemperatur von 38,7° auf; die diesmal zugleich im Rectum vorgenommene Messung ergibt 39,0°.

Pat. empfindet „überall" Schmerzen, deren Natur sie jedoch nicht definiren kann. Lenden- und Leistengegenden sind hyperaesthetisch; die sonstige Körpersensibilität scheint bei grober Prüfung normal.

Pat. klagt auch über Stechen in der rechten Seite bei jedem Athemzuge. Kein Husten, kein Auswurf. Objectiv in pulmonibus nihil.

Urin wird spontan gelöst, ist nach wie vor klar, hell, ohne pathologische Bestandtheile. — Auffallend sind starke fibrilläre Zuckungen der Zunge.

Dieser Zustand hält den ganzen Tag an, während bis zum Abend die Temperatur in der Axilla auf 38,0°, im Rectum auf 38,2°, der Puls auf 96 herabgeht.

5. VII. Pat. hat ziemlich gut geschlafen. Befinden gut, bis auf „Halsschmerzen" ohne objectiven Befund. Tonsillen, Pharynx ganz intact. Keine Heiserkeit. Pat. ist wieder afebril. Morgens 37,3°, Abends 37,4°. (Sie bleibt afebril bis zum Austritt aus dem Spital.)

6. VII. Pat. hat in der Nacht Blut gespieen, das sie sich augenscheinlich aus dem Zahnfleische gesogen hat. Da diesem „Blutspeien" keinerlei Aufmerksamkeit geschenkt wird, so wiederholt es sich nicht mehr.

Pat. steht wieder auf. Es besteht völlige Abasie und Astasie. Obwohl Pat. im Bett die verschiedensten Bewegungen mit den Beinen auszuführen vermag, kann sie nur mit beiderseitiger Unterstützung sich fortbewegen. Beim Versuche, sie sich selbst zu überlassen, knickt sie alsbald in beiden Knien ein und zittert am ganzen Leibe.

Glabella und Schläfen sind auf Beklopfen äusserst schmerzhaft, ebenso der vordere Theil des Capillitiums. Hier ruft auch das schwächste Zerren an den Haaren heftige Schmerzen hervor, die Pat. angeblich in die Unmöglichkeit setzen, sich zu kämmen.

Abends bei der Massage bemerkt Pat., dass ihre beiden Füsse „wie Lumpen" seien. Beide Plantae sind in der That gegen sehr starkes Kneifen absolut unempfindlich. Nicht die geringste Reaction, ebensowenig beim Kitzeln.

Dieser Zustand hält während der folgenden Tage an. Trotz täglicher Gehübungen ist sozusagen kein Fortschritt zu constatiren.

13. VII. Pat. kann mit etwas Unterstützung auf einmal wieder ziemlich gut gehen. Diese Besserung hat sich plötzlich in zwei Tagen vollzogen, auf energisches Zureden hin und auf die Erklärung, dass Pat. das Spital nicht eher verlassen dürfe, als bis sie wieder selbständig gehe und dass sie bis dahin täglich elektrisirt werden solle.

15. VII. Pat. geht jetzt allein, indem sie das linke Bein, von dem sie behauptet, es sei zu schwach, noch nachschleppt, jedoch bedeutend weniger, wenn sie sich nicht beobachtet glaubt.

Pat. wünscht schon lange dringend nach Hause, da sie sich zu verehelichen gedenkt.

21. Juli 1900: Austritt. Vaginaltrichter gut vernarbt. Beiderseits Druckempfindlichkeit in der Narbe; nichts von Infiltration.

Beim Gehen wird das linke Bein noch etwas nachgeschleppt. Subjectives Befinden gut. Patientin weiss nur darüber zu klagen, dass beim Wasserlösen, beim Stuhlgang und bei eintretender Ermüdung nach längerem Gehen Schmerzen in der linken Seite des Unterleibs auftreten.

(Schluss folgt.)

Aus der medicinischen Poliklinik der Universität Leipzig (Chef: Herr Geh. Med.-Rath Prof. Dr. F. A. Hoffmann).

Untersuchung eines Falles von angeborener Sternalspalte mittels fluorescirenden Schirmes.

Von Dr. med. v. Criegern.

Am 1. Februar 1900 stellte sich der 40jährige Baumwollspinner V. W. aus Erlangen in der medicinischen Universitäts-Poliklinik zu Leipzig vor. Derselbe ist Träger einer angeborenen Sternalspalte und bereist wegen dieser Anomalie die verschiedensten medicinischen Institute Deutschlands.

Er dürfte daher in weiteren Kreisen wohlbekannt sein und ist auch wiederholt der Gegenstand ärztlicher Abhandlungen und Demonstrationen gewesen. So ist derselbe von Jahn[1]), Penzoldt[2]) und noch neuerdings von Damsch[3]) beschrieben und zum Beispiel von Letzterem auch abgebildet worden. Es wäre demnach überflüssig, noch einmal auf den Fall zurückzukommen, wenn die Deutung des Befundes durch die Voruntersucher eine einheitliche wäre. Nun stehen sich aber zwei verschiedene Ansichten gegenüber, auf der einen Seite die von Jahn und Penzoldt, auf der anderen die von Damsch, und jeder Ansicht entspricht naturgemäss auch die Deutung der vom Untersucher aufgenommenen sphygmographischen Curven. Demnach verdiente wohl jede Beobachtung veröffentlicht zu werden, die die Handhabe zu einer sicheren Entscheidung für die anatomische Würdigung des objectiven Befundes gibt: denn nur dieser kann als die Grundlage und gleichzeitig auch als der Maassstab der Zuverlässigkeit der sphygmographischen Untersuchungen angesehen werden. Ich hoffe nun, im Nachstehenden zeigen zu können, dass diese Entscheidung bis zu einem gewissen Grade verhältnissmässig leicht gelingt, wenn man das Schattenbild auf dem fluorescirenden Schirm bei der Durchleuchtung nach Röntgen zu Rathe zieht.

Eine ausführliche Wiederholung des äusseren Untersuchungsbefundes des W. erübrigt hier, da derselbe bei den drei Voruntersuchern zu finden ist. Nur auf den Gegenstand der Meinungsverschiedenheit muss ich möglichst kurz zurückkommen.

Die sphygmographischen Untersuchungen wurden angestellt an einem pulsirenden Körper, der im unteren und mittleren Theile der Sternalspalte sichtbar ist. (Die Spalte selbst ist eine mediane Längsspalte des Brustbeins; dieses ist auf zwei seitliche schmale Leisten reducirt, welche sich erst in der Höhe des Ansatzes jeweilig der vierten Rippe zu einem relativ kurzen einheitlichen unteren Stücke verbinden.) An diesem pulsirenden Körper nun lassen sich drei übereinander geordnete Abschnitte unterscheiden. Die beiden obersten sind nicht scharf von einander abgesetzt; indessen ist die an ihnen zu palpirende Oberflächengestaltung nicht die gleiche, auch fallen die pulsatorischen Bewegungen für die Inspection etwas verschieden aus. Der unterste Abschnitt ist derjenige, welcher im Stehen des Exploranden für gewöhnlich kaum, dagegen beim Pressen und im Liegen deutlich sichtbar ist, wobei der ganze Körper etwas nach oben geschoben wird. Er ist durch eine leichte, etwas schräg verlaufende Furche von den beiden oberen Dritteln abgesetzt. Die an ihm wahrnehmbaren pulsatorischen Bewegungen haben einen selbständigen Charakter im Vergleich zu denen der oberen Theile. Penzoldt und Jahn nun sind der Ansicht, dass die beiden oberen Drittel zusammengehören und der Aorta entsprechen, während man im unteren Theile ein Stück des Herzens selbst vor sich hat. Sie stützen sich dabei auf den Vergleich mit den Luschka'schen[4]) topographisch-anatomischen Tafeln; Penzoldt ahmte sogar die Spalte selbst durch theilweise Fortnahme eines Stückes Brustbeins an der Leiche nach. Sie übersehen dabei keineswegs gewisse Schwierigkeiten, die sich der genauen Identificirung entgegenstellen, und für die sie Erklärungen suchen. Damsch findet dagegen die Schwierigkeiten zu gross und sieht in dem obersten Drittel den Conus arteriosus dexter, im mittleren und unteren Theile des rechten Ventrikels. Er findet sich dabei besser in Uebereinstimmung mit der topographischen Anatomie; nur hebt er hervor, dass man die Lage wenigstens der oberen Theile etwa um einen Intercostalraum höher finden müsse, als in der Norm, da der obere Theil des Brustbeins, welcher die Spalte bildet, auffallend lang sei, wie auch die entsprechenden Intercostalräume auffallend breit, das untere einheitliche Stück des Brustbeines auffallend kurz. Seine Untersuchungen und Folgerungen stützen sich wesentlich auf die vom obersten und vom untersten Drittel des pulsirenden Körpers aufgenommenen Curven; das mittlere Drittel wird nur in einem kleinen Abschnitte seiner Veröffentlichung und mehr nebenbei erwähnt.

Um sich auf dem fluorescirenden Schirme am Schattenbilde eines Thorax zu orientiren, ist meist die — von der Auscultation und der Percussion herübergenommene — Methode des Abzählens der Rippen üblich. Sehr exact ist nun dieselbe schon an und für sich nicht. Denn die Rippen bewegen sich mit der Athmung und erleiden dadurch eine beständige Verschiebung zu den ruhenden,

---

[1]) Jahn: Ueber Fissura sterni congenita und über die Herzbewegung, insbesondere den Herzstoss. Arch. f. klin. Med., Bd. XVI, S. 200, 1875.

[2]) Penzoldt: Untersuchungen über mehrere Erscheinungen am Circulationsapparat u. s. w., angestellt an einer Fissura sterni congenita. Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd. XXIV, S. 513, 1879.

[3]) Damsch: Ueber die Bewegungsvorgänge am menschlichen Herzen. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1897.

[4]) Luschka: Die Brustorgane des Menschen. Tübingen. Laupp'sche Buchhandlung, 1857.

oder, wie das Herz, nur bei angestrengtester Respiration ein wenig verschieblichen Theilen. Durch die Divergenz der Strahlen wird dieser Fehler nun zu einem schwer berechenbaren, zumal die in Frage kommenden Theile sehr verschieden weit von der Lichtquelle einerseits, dem Schirm andererseits abstehen. Im vorliegenden Falle würde man nun, wie oben schon erwähnt, mit Damsch auch noch mit Recht den Einwand machen, dass die oberen Zwischenrippenräume breiter als in der Norm sind, und man würde auf eine Schätzung der dadurch bedingten Abweichung hinauskommen. Es ist in Folge dessen nothwendig, sich nach den Rückenwirbeln zu richten, und dies erscheint einwandsfrei, da das betreffende Individuum sonst keine Abnormität aufweist. Man bedient sich zu diesem Zwecke eines Tasterzirkels, der bei aufrechter Stellung während einer Athempause nach Exspiration genau horizontal angelegt wird. Diese Vorsichtsmaassregeln sind nöthig, da wir oben gesehen haben, dass das Herz W.'s einerseits beim Lagewechsel (in horizontaler, noch stärker in hängender Lage bei abwärts gerichtetem Kopfe) und andererseits beim Pressen nach oben gehoben wird. Ausserdem muss man die Arme seitwärts in Schulterhöhe erheben lassen, da wir bei aufgelegten Armen untersuchen. Bei jeder Armbewegung verschiebt sich die Haut: man markirt also am besten in dem Verschiebungszustande, in dem man untersuchen will. Bezeichnet man nun auf diese Weise vorn die Höhe des 5. und die des 7. Dorsalwirbels durch je eine aufgeklebte Metallmarke, so fällt die erste auf das obere Drittel des pulsirenden Körpers, nahe dessen Mitte, die zweite fast genau in die trennende leichte Furche zwischen mittlerem und unterem. Die Anlegung dieser Metallmarken ist in zweifelhaften Fällen in unserer Poliklinik in Gebrauch, weil normaler Weise der Aortenbogen, ja fast überhaupt die ganze, der vorderen Brustwand genäherte Abtheilung der Aorta oberhalb der ersten Marke liegt. Die zweite Marke liegt schon auf dem Herzen selbst, am Uebergang des rechten Ventrikels in den Conus arteriosus. Zwischen ihr und der ersten Marke liegt also Conus arteriosus dexter und Haupttheil der Arteria pulmonalis. Ausserdem erleichtern sie uns den Vergleich mit dem topographisch-anatomischen Atlas von Braune[5]), welcher speciell für den Thorax wohl zuverlässiger erscheint, als der vielfach abweichende und angefochtene von Luschka; dessen Tafel XII entspricht einem Ausschnitte in der Höhe der ersten, Tafel XIII einem solchen in der Höhe der zweiten Marke. Zum Verständniss des weiteren Verfahrens bei der Untersuchung mittels fluorescirenden Schirmes muss ich mir gestatten, einiges zu recapituliren, was ich schon auf dem XVII. Congresse für innere Medicin zu Karlsbad[6]), sowie in der medicin. Gesellschaft zu Leipzig[7]) vorzutragen die Ehre hatte. Um das Mediastinum des Menschen zu diagnostischen Zwecken genau abzusuchen, pflegen wir denselben zunächst in „Grundstellung", wie der beim Turnen, Exerciren und dergleichen gebräuchliche Ausdruck lautet, aufzustellen an dem im festen Gestell auf und ab verschieblichen, fluorescirenden Schirme. Die Röntgenröhre stellen wir in einer Entfernung von ca. 60 cm mittels zweier, am Exploranden genau in der Mittellinie, vorn und hinten befestigter Metallstücke, die eine Visirvorrichtung ergeben, und eines Rahmens genau central ein. Die Arme des zu Untersuchenden ruhen auf zwei seitlichen, verstellbaren Armbalken; man hat es in der Hand, durch ihre möglichste Adduction die Schulterblätter weit aus dem Gesichtsfelde zu entfernen, dass sie das eigentlich wichtige Bild nicht beeinträchtigen. Nachdem man sich orientirt hat, ob in dieser Ansicht Abnormitäten auffallen, beginnt man den Mann erst nach rechts, dann nach links zu verdrehen; und zwar bleiben dessen Füsse in Grundstellung stehen, während der Untersucher den Rumpf allmählich bis um beinahe 45° seitlich verdreht. Man fasst dabei zweckmässig mit beiden Händen am Thorax an, da man es beim Anfassen am Becken leicht erlebt, dass der Thorax sich an der Tafel reibt, wodurch etwa angebrachte Marken aus ihrer Lage gebracht werden, und er im Ganzen nicht genügend folgt. Die Arme bleiben während dessen auf den Armhaltern; man beobachtet, dass die Schulterblätter auch hierbei immer möglichst von der Wirbelsäule abgezogen werden. Auf diese Weise wird das Mediastinum als eine helle Spalte zwischen Wirbelsäule, Brustbein, Herz und Zwerchfell sichtbar, in deren oberem Theile die Aorta erscheint, während der untere, dem Orte des linken Vorhofs entsprechende eine Einengung zeigt. (Die Untersuchung wird vervollständigt, indem man den Exploranden noch in Kehrtstellung, und zwar erst bei centraler Aufstellung, dann auch bei den entsprechenden seitlichen Verdrehungen besichtigt.) Man kann auf diese Weise die Aorta in ihrem ganzen Verlaufe, vom Ursprung aus dem Herzen an bis zu der Stelle, an welcher sie sich als Aorta descendens der Wirbelsäule anlegt und dann in ihrem weiteren Verlaufe häufig nicht gut von ihr getrennt werden kann, verfolgen. Man muss natürlich, um Täuschungen durch Verzerrungen des Schattenbildes zu vermeiden, die Röntgenröhre immer möglichst genau auf die Höhe des zu beobachtenden Objectes einstellen. Man kann sich nun im Falle W. zunächst unschwer davon überzeugen, dass das Röntgenbild in Uebereinstimmung mit der physikalischen Untersuchung durchaus normale Verhältnisse der Lungen, des Herzens, wie der Wirbelsäule und des Zwerchfells ergibt. Vergleicht man nun die auf der Haut angebrachten Marken mit der Lage dieser Organe, so sieht man ohne Weiteres, dass dieselben zunächst zur Aorta gar keine Beziehung haben. Denn die Aorta ascendens verläuft weit nach rechts und hinten von der unteren Marke, während sich der Arcus aortae erst oberhalb der oberen findet. Es entspricht somit die Lage derselben durchaus der normalen, wie man sich durch den Vergleich mit den Tafeln des Braune'schen Atlases und durch Controluntersuchung irgend eines gesunden Individuums überzeugen kann, und es entfällt somit die von anderer Seite gemachte Annahme eines abnormen Verlaufs. Dagegen tritt der fragliche Körper als rundlicher, pulsirender Schatten deutlich bei „Rechtsdrehung" hervor, das heisst also, wenn man von der Grundstellung ausgehend, die rechte Seite des Untersuchten dem fluorescirenden Schirme nähert, während man die linke entfernt, beides am besten soweit, dass man eben zwischen der Wirbelsäule und dem Herzen hindurchblicken kann. Dabei stellt man zweckmässig die Antikathode auf die Höhe zwischen beiden Marken ein. Man ahmt jetzt die gleiche Schrägstellung an dem Gefriersdurchschnitt Tafel No. XII von Braune's Atlas nach, dass in dieser Höhe ganz allein die Arteria pulmonalis am weitesten nach links zu liegen kommt und nur sie den Grenzschatten geben kann. Und in der That liegen jetzt auch im Schattenbilde die beiden Marken dem pulsirenden Körper unmittelbar auf. Es ist somit sicher, dass die obere Marke auf die Arteria pulmonalis gefallen ist; leider lässt sich durch keine irgendwie gerichtete Verdrehung der Ort der zweiten Marke ebenso zuverlässig bestimmen; nur folgt, dass sie auf irgend einem, vermuthlich dem unteren Theile des Conus arteriosus dexter liegt, wenn die obere die Arteria pulmonalis bezeichnet. Aber man kann noch gewissermaassen die Probe auf das Exempel machen. Man lasse den Exploranden (immer in dieser schrägen Stellung) tief einathmen, verschliesse ihm dann Mund und Nase und lasse ihn möglichst kräftig ausathmen; so schwillt der pulsirende Schatten jetzt bedeutend an, denn jetzt findet das in die Lungenschlagader eingetriebene Blut einen Widerstand durch die Compression der kleinen Gefässe im Lungengewebe. Umgekehrt schwillt der Schatten erheblich ab, wenn man den W. möglichst vollkommen ausathmen lässt, ihm dann wieder Mund und Nase verschliesst und ihn nun zu einer kräftigen Inspiration auffordert, indem dabei das Blut eine Ansaugung nach der Lunge zu, also eine wesentliche Beförderung seines normalen Stromes erfährt. Damit ist aber der unumstösslich Beweis erbracht, dass man wirklich die Arteria pulmonalis (resp. in dem untersten Abschnitte schon den Conus arteriosus dexter) vor sich hat. Denn nur der rechte Ventrikel selbst könnte durch den Valsalva'schen und den Johannes Müller'schen Versuch in der gleichen Weise, wie eben beschrieben, beeinflusst werden: Ich habe aber schon an anderem Orte[7]) hervorgehoben, dass die Ventrikel kräftiger Leute bei diesen Versuchen keine derartige Veränderung erleiden, während es an den grossen Nervenstämmen und an den Vorhöfen wohl zu einer solchen kommt, die aber natürlich das umgekehrte Verhalten zeigt. (Abgesehen davon kommt auch rein topographisch kein Theil eines Vorhofes in Betracht. In der „Grundstellung" wird zwar der oberste Theil des linken Contours des Herzschattens von dem linken Herzohr

[5]) Braune: Topographisch-anatomischer Atlas. Leipzig, Veit & Comp., 1887.

[6]) v. Criegern: Ergebnisss der Untersuchung menschlicher Herzen mittels fluorescirenden Schirmes. Verhandlungen des XVII. Congresses für innere Medicin zu Karlsbad 1899, S. 298.

[7]) Referat siehe Münch. med. Wochenschr. 1899, No. 51, S. 1754 und 1900, No. 5, S. 171.

gebildet, dieses verschwindet aber bei der eingenommenen Schrägstellung.)

So wäre demnach durch die vorstehende Untersuchung die Streitfrage im Wesentlichen zu Gunsten der Ansicht von Damsch entschieden, indem man an derselben nur die nicht belanglose Modification anzubringen hat, dass das oberste Drittel des pulsirenden Körpers in der Sternalspalte sicher nicht mehr Conus arteriosus dexter, sondern bereits Arteria pulmonalis ist.

Hat also hier die Beobachtung am fluorescirenden Schirme wesentlich zur exacten Feststellung der Verhältnisse in einem schwierigen Falle beigetragen, so gewinnt dieselbe andererseits auch wieder eine grosse Bedeutung für die angewandte Methode. Denn für gewöhnlich ist die Arteria pulmonalis auf dem fluorescirenden Schirme unsichtbar. Bei der Betrachtung von vorn her ist sie das stets (wie ich im Gegensatz zu anderen Meinungen schon früher betont habe, wonach ein häufig im 2. Intercostalraum neben der Wirbelsäule sichtbarer pulsirender Schatten für dieselbe gehalten wurde, der aber dem Uebergang des Arcus aortae in die Aorta descendens entspricht). Auch wenn man sich der typischen Verdrehungen bedient, bleibt sie meist vom Schatten des Brustbeines bedeckt und nur ausnahmsweise kann man sie in überzeugender Weise von diesem loslösen. Dagegen darf man wohl hoffen, dass dies in pathologischen Fällen auf die vorstehend beschriebene Weise leichter möglich sein wird, indem es sich dann wohl meistens um Aneurysmen handeln wird, die ja einen sehr viel umfangreicheren Schatten geben werden, als das normale Gefäss. Ausserdem wird auch dann stets die Anstellung des Valsalva'schen und Johannes Müller'schen Versuches über die Zuverlässigkeit der Deutung entscheiden können. Indessen sind ja derartige Fälle so selten, dass es wohl erst einer langjährigen Beobachtung gelingen wird, genügend viel sicheres Material aufzuspeichern. Zum Schlusse danke ich meinem verehrten Chef, Herrn Geheimen Medicinalrath Prof. F. A. Hoffmann, bestens für das mir gelegentlich dieser Untersuchung bewiesene Interesse und seine freundliche Unterstützung.

Zur Behandlung der Spina bifida.

Von Dr. C. Hennemann in Freistett i. B.

Angesichts der ungünstigen Prognose und des bedauernswerthen Nihilismus bei der Behandlung dieser Hemmungsmissbildung der Wirbelsäule dürfte ein schön geheilter Fall von Spina bifida von Interesse sein.

Louise Kr., brachte am 18. VIII. 1898 einen kleinen, nussgrossen Tumor am Kreuzbein mit zur Welt. Anfänglich machte derselbe gar keine Beschwerden; das Wachsthum war ein ganz langsames. Als ich Ende October 1899 das Kind zum ersten Mal sah, war die Geschwulst faustgross. Von der Zeit ab war das Wachsthum ein rapides. Anfangs Februar d. J. sah ich das Kind zum zweiten Mal. Damals war das Bild ein trostloses. Die Geschwulst war kindskopfgross, die bedeckende Hautschicht papierdünn, so dass die Flüssigkeit durchschimmerte und der Sack jeden Augenblick zu platzen drohte. Beide Beine waren anaesthetisch, die Blasen- und Mastdarmlähmung vollkommen, in Folge dessen der Decubitus sehr gross. Das Kind kann weder stehen noch sitzen, sondern muss immer auf der Seite liegen. Bei solchem Zustand war jeder Eingriff berechtigt.

Am 9. II. injicirte ich unter aseptischen Cautelen — ohne Narkose — eine Lugol'sche Lösung (0,2 Jod, 1,0 Jodkali, 30,0 Wasser) in den Sack, nachdem ich vorher die Flüssigkeit desselben mit einer gewöhnlichen Pravazspritze aspirirt hatte. Es wurden ca. 600 ccm klare Cerebrospinalflüssigkeit entleert. Am 17. II. war die Geschwulst wieder faustgross. Wiederum Aspiration von 350 ccm Flüssigkeit, die noch vom Jod gelblich verfärbt war. Dann zweite Injection der Jodlösung. Am 26. II. war der Tumor wieder kindskopfgross. Zum dritten Mal wurde die Flüssigkeit entleert und zwar waren es gleich dem ersten Mal 600 ccm klare Flüssigkeit. Hierauf Einspritzung obiger Jodlösung. Nachdem sich in Folge der Entzündung in den nächsten 8 Tagen nochmals eine kleine Flüssigkeitsmenge angesammelt und die Geschwulst birngross geworden war, legte sich im Verlauf von weiteren 8 Tagen dieselbe vollkommen unter'm aseptischen Verband.

Der Erfolg des Eingriffs ist bis heute ein frappanter. Das Kind läuft, an einer Hand geführt ganz sicher, die Mastdarmlähmung ist völlig zurückgegangen, der Urin kann jetzt stundenlang gehalten werden, während er vorher andauernd tropfenweise entleert wurde. Das Gefühl in beiden Beinen hat sich wieder eingestellt. Auch halte ich in Folge der Entzündungsvorgänge die Verwachsung des Wirbelsäuledefectes für so stark, dass kein Recidiv zu befürchten ist.

Diese Behandlungsweise der Meningocele ist so einfach und so leicht, dass sie jeder Arzt auf dem Land unternehmen kann. Es sollte desshalb in ähnlichen Fällen nicht jedes Kind mit Spina bifida so ohne Weiteres seinem Schicksal überlassen werden.

Aus dem chirurg. Ambulatorium des Herrn Dr. Kronacher in München.

Zur operativen Behandlung der habituellen Schultergelenksluxation.

Von Joseph Müller, cand. med., aus Beckenried.

Trotz der Häufigkeit der habituellen Luxation verfügen wir zur Zeit noch nicht über eine typische operative Behandlung derselben. Dies hat seinen Grund in erster Linie in den für die Entstehung der Luxation so verschiedenen Ursachen; wir sind meistens vor Freilegung der Kapsel und vor nachfolgender Eröffnung des Gelenkes nicht in der Lage, die durch die Luxation herbeigeführten Verletzungen des Gelenkapparates zu bestimmen.

Bei der immerhin stattlichen Anzahl glücklich operirter, bezw. durch Operation geheilter Fälle ist es bemerkenswerth, dass die operative Behandlung dieser Verletzung sich noch immer in engen Grenzen bewegt. Von der Apparatotherapie ist auf die Dauer für die habituelle Schulterluxation nicht viel zu erhoffen, sie ist nur ein palliatives Mittel. Von den Röntgenstrahlen haben wir, wie die Technik jetzt steht, in nächster Zeit auch nicht viel zu erwarten. Eine möglichst ausgiebige Bereicherung der Literatur durch zweckmässig operirte Fälle, bezw. durch glücklich verlaufene, operativ geheilte Fälle wird allmählich uns unseren Wünschen näher bringen, in allen aussichtslosen Fällen auf operativem Wege die Heilung herbeizuführen zu suchen.

Von diesem Verlangen beseelt, möchte ich des nachstehenden, durch Operation glücklich geheilten Falles aus dem chirurgischen Ambulatorium des Herrn Dr. Kronacher in München Erwähnung thun.

Der 28jährige Patient consultirte Herrn Dr. Kronacher zum ersten Mal am 1. März 1899 wegen einer habituellen Luxation der rechten Schulter.

Im Winter 1895 suchte sich Patient beim Ausgleiten auf der Innbrücke in Passau am Geländer festzuhalten, wodurch eine Luxation der rechten Schulter zu Stande kam. Der Arm soll damals von selbst zurückgegangen sein, wesshalb Patient keine weitere ärztliche Hilfe in Anspruch nahm. Beschwerden bestanden nur einige Tage.

Bei Zimmergymnastik in der nächsten Zeit, die zur Kräftigung des Armes vorgenommen wurde, hatte Patient sich angeblich den Arm öfter luxirt, jedes Mal selbst reponirt. Im Jahre 1897 wurde die Luxation von einem Arzte constatirt und reponirt. 1898 erlitt Patient mehrere Recidive, ebenso 1899, beispielsweise dreimal in einer Woche. Acht Tage, bevor Patient Herrn Dr. Kronacher consultirte, wurde der Arm Nachts im Bett derart ausgerenkt, dass ärztliche Hilfe nöthig war. Der Arm liess sich damals schwer reponiren. Patient wünscht unter allen Umständen von seinen Leiden befreit zu sein, gab selbst zur Resection des Humeruskopfes gerne seine Zustimmung.

An der erkrankten Schulter ist zunächst keine Abnormität zu constatiren.

Die Operation wurde in Aethernarkose am 31. März 1899 vorgenommen.

Freilegung des Gelenks von vorne und von der Axilla aus. Ein Riss kann nicht gefunden werden, auch kein Hydrops des Gelenkes, keine von aussen zu constatirende Anomalie der knöchernen Theile, wie des Acetabulum, der Tubercula; auch sei hier bemerkt, dass nach Incision der Kapsel letzteres nicht nachzuweisen war.

Als Befund ergibt sich eine starke Erweiterung der Kapsel, man kann leicht den Humerus luxiren und ihn eine Strecke weit fortführen. Excision eines 4 cm langen und 1½ cm im breitesten Durchmesser haltenden Stückes aus der vorderen Partie, dann allmähliche Verkleinerung der erweiterten Kapsel durch Faltennaht aus der oberen und vorderen Fläche, des Weiteren correspondirend aus dem axillaren Theile.

Kapselnähte mit Fil de Florence, Hautnähte mit Seide. Heilung per primam.

Nach 5 Wochen Beginn der Bewegungen.

Resultat am 11. Juli 1900: Patient ist in dem vollen Gebrauch seines Armes, er macht Turnübungen, sogar Kletterpartien, ohne dass bis jetzt ein Recidiv zu Stande gekommen wäre.

Ich habe bereits im Eingang darauf hingewiesen, dass die operative Behandlung dieser so häufigen (50—51 Proc. aller Gelenksluxationen) und so vielfach recidivirenden (die Zahl der habituellen Luxationen ist eine beträchtliche) Luxationen sich in verhältnissmässig engen Bahnen bewegt. Als Grund hierfür möchte ich zum grossen Theil die für das Zustandekommen der Luxation so verschiedenen Ursachen angeben. Als letztere werden erwähnt bald eine unvollständige Vernarbung des Kapsel-

risses (Malgaigne), bald eine vergrösserte Communicationsöffnung der Gelenkshöhle mit dem Schleimbeutel des M. subscap. (Roser); in anderen Fällen sind es complete Knochenbrüche, Absprengung des Pfannenrandes, Defect des Caput humeri, welche eine habituelle Luxation herbeiführen. Am häufigsten aber, wie Joessel angibt, ist das Habituellwerden der Luxation dadurch bedingt, dass bei deren Zustandekommen die Mm. supra- und infraspin. vom Tuberc. maj. total abreissen und sich dann hinter das Acromion zurückziehen, nicht wieder am Humerus anheilen und nunmehr die concentrische Fixation der beiden Gelenkskörper sehr mangelhaft wird. Da die häufige Wiederholung der Luxationen den Patienten sehr lästig, oft auch sehr schmerzhaft ist, gehen sie gerne auf den Vorschlag einer Operation ein.

Was die Behandlung anlangt, so wurden zu allen Zeiten Apparate zur Fixation des Kopfes angegeben, die wir, weil sie nicht zu einer radicalen Heilung führen können, hier übergehen.

Die chirurgischen Eingriffe haben sich in der Hauptsache mit der Verkleinerung des Gelenksapparates auf die eine oder andere Weise und mit Resection befasst.

Die Verkleinerung des Raumes in der Gelenkskapsel wurde in der vorantiseptischen Zeit und auch nachher von einigen Autoren ohne Freilegung der Kapsel bezw. der Gelenkshöhle versucht. Sie strebten eine narbige Verkleinerung an. Schon in der ältesten Zeit (Hippocrates) hat man die Achselhöhle von der einen zur anderen Seite mit dem Ferrum candens zu durchdringen empfohlen, um den Raum für den luxirten Kopf zur Schrumpfung zu bringen.

Malgaigne[1]) versuchte es mit subcutaner Incision. Andere, wie Genzmer[2]), wollen mit Erfolg Jodinjectionen in das betreffende Gelenk gemacht wissen. Es werden zwei geheilte Fälle aufgeführt.

Die Verkleinerung des Gelenksapparates durch einen grösseren chirurgischen Eingriff findet man in der Literatur verhältnissmässig häufig erfolgreich aufgeführt.

E. Albert[3]) hat bei einer 19jährigen Patientin durch Arthrodese eine feste Ankylose in Mittelstellung herbeigeführt — im Allgemeinen kein ideales Resultat.

A. Richard[4]) hat bei grösster Erschlaffung der verdünnten und sackartig erweiterten Gelenkskapsel durch drei, in Abständen von 2 cm entfernte Seidennähte die Kapsel tabaksbeutelartig zusammengezogen und hierdurch in zwei Fällen dauernden Erfolg erzielt.

Dies Verfahren fand an Verneuil[5]), Steinthal[6]), Paladini[7]), Krumm[8]) mit geringen Modificationen warme Anhänger. Andere, wie Mikulicz[9]), Müller[10]), H. L. Burrell und R. W. Lovett[11]), sowie Samter[12]) excidirten ein Stück aus der Kapsel, verkleinerten dann dieselbe durch Verschiebung oder ohne diese durch Naht, zum Theil wurde, wie in unserem Falle, noch das Richard'sche Verfahren angeschlossen, besonders da, wo die Kapsel sich noch erweitert zeigte.

Ist der knöcherne Apparat (Pfanne oder Humeruskopf) die Ursache der habituellen Luxation, dann können wir nur von der Resection eine radicale Heilung mit guter Function des Armes erwarten.

In aller Kürze geben wir nachstehend einige Mittheilungen hierüber aus der Literatur.

Wenngleich dieser radicale Eingriff der Neuzeit, d. h. der anti- und aseptischen angehört, so wurden schon in der vorantiseptischen durch Hüter Vorschläge zur Resection in Fällen von schweren habituellen Schulterluxationen gemacht.

Als einer der ersten hat Cramer[13]) bei einer 30jährigen Patientin die Resection des Caput humeri mit Erfolg vorgenommen. In diesem Falle fand sich ein Gelenkkörper in der Cavitas und ein entsprechender Defect am Humeruskopf. Seinem Beispiele folgten Popke[14]) (Volkmann'sche Klinik), Löbker-Greifswald[15]), Müller-Aachen[16]), Küster[17]), Schüller[18]) u. A.

Wie schon erwähnt, können wir eine dauernde Heilung der habituellen Luxationen nur durch einen energischen operativen Eingriff erwarten, da sich die Ursachen der Luxation eben meistens erst nach Freilegung des Gelenkapparates zeigen, zur Zeit verfügen wir über kein anderes Hilfsmittel.

Ein solch' blutiger Eingriff ist für den Aseptiker ein ungefährlicher, darum sollte er künftighin häufiger, als bis jetzt es geschah, ausgeführt werden.

Die Literatur ist noch zu arm, um endgiltige Schlüsse zu ziehen, bezw. typische Operationen aufstellen zu können; der Eingriff muss von Fall zu Fall entschieden werden.

Aus dem, was uns bis heute vorliegt, können wir folgende allgemeine Bedingungen für einen blutigen Eingriff aufstellen:

Verkleinerung der erweiterten Kapsel bei intactem Knochenapparat;

Resection des Humeruskopfes, wenn der knöcherne Gelenksapparat nicht mehr intact ist.

Zum Schlusse sage ich Herrn Dr. Kronacher für die Ueberlassung des vorstehenden Falles an dieser Stelle meinen Dank.

Aus dem hygienischen Institut der Universität Würzburg.

Notiz über den Einfluss des Petroleums auf den Diphtheriebacillus.

Von Dr. J. Papasotiriu aus Athen.

Nach den Angaben verschiedener Autoren[1]) sollen sich durch Pinselung des diphtheritisch erkrankten Rachens mit Petroleum bedeutende therapeutische Erfolge erzielen lassen. Manche Autoren verlangen direct ein Einnehmen des Petroleums in Dosen von ein- bis mehrmal 1 Esslöffel. In Amerika soll das Eingeben von Petroleum an Kinder mit Halsschmerzen geradezu als Hausmittel von den Eltern verwendet werden.

Um die Berechtigung solcher Maassnahmen zu prüfen, unternahm ich es auf Aufforderung des Herrn Prof. Dr. K. B. Lehmann, den Einfluss des Petroleums auf das Wachsthum der Diphtheriebacillen zu untersuchen.

Meine Versuche stellte ich in folgender Weise an:

Zunächst machte ich einige Striche von Diphtheriebacillen auf Glycerinagar, den ich in flachen Dosen hatte erstarren lassen und setzte diese Dosen in umgekehrter Stellung auf ihre Deckel, in welche ich etwas Petroleum[2]) gegossen hatte. Die Platten wurden im Brutschrank bei 37° aufgehoben und die Culturen hatten so reichlich Gelegenheit, mit den Dämpfen des Petroleums in Berührung zu kommen.

Im Gegensatz zu unseren Erwartungen blieb in dem mehrfach wiederholten Versuche das Wachsthum nicht aus, sondern war ebenso üppig wie auf der Controlplatte.

Nunmehr legte ich neue Strichculturen von Diphtherie auf Glycerinagar an, überschichtete dieselben mit Petroleum, so dass sie 2 mm hoch von demselben bedeckt waren; auch diese Versuche ergaben das gleiche Resultat, ja, das Wachsthum war sogar oft noch üppiger als auf den Controlplatten.

Schliesslich wurde noch der Inhalt von je einem Glycerinagarröhrchen geschmolzen, mit Diphtherie inficirt und mit 0,1, 0,5, 1,0 ccm Petroleum überschichtet, gründlich umgeschüttelt und in eine Petrischale ausgegossen. Nach dem Erstarren hatte sich das Petroleum in feinsten Tröpfchen in dem Glycerinagar vertheilt, doch auch hier war keine Verhinderung des Wachsthums zu bemerken.

Wenn also Heilerfolge bei der Behandlung der Diphtherie durch Pinselung und Einnehmen von Petroleum wirklich festgestellt sein sollten, so könnten dieselben jedenfalls nicht auf die bacterientödtende oder entwicklungshemmende Wirkung des Pe-

---

[1]) Traité des fractures et des luxations. II. Bd.
[2]) Inaug.-Dissert. Halle 1883.
[3]) Internationale klin. Rundschau, Jahrg. II, No. 9.
[4]) Traitement des luxations récidivantes de l'épaule. Gaz. des hôpitaux 1894, No. 69.
[5]) Centralbl. f. Chirurgie 1894.
[6]) Med. Correspondenzbl. d. württemberg. Landesvereins 1895, No. 14.
[7]) Riforma med. 1895, No. 35.
[8]) Münch. med. Wochenschr. 1899, No. 3.
[9]) Beiträge zur klinischen Chir., Bd. 17, Heft 3.
[10]) Deutsche Zeitschrift für Chir., Bd. 48.
[11]) Amer. Journ. of the med. Sciences 1897, August.
[12]) Verhandl. der deutsch. Gesellschaft f. Chir. 1900.
[13]) Berl. klin. Wochenschr. 1882.
[14]) Centralbl. f. Chir. 1883.
[15]) Mittheilungen aus der chir. Klinik Greifswald 1884 und Verhandl. der deutsch. Gesellschaft f. Chir. 1886.
[16]) Centralblatt f. Chir. 1898; Deutsche Zeitschrift f. Chir., Bd. XLVIII.
[17]) Centralbl. f. Chir. 1899.
[18]) Berl. klin. Wochenschr. 1890, No. 20.
[1]) Vergl. z. B. Münch. med. Wochenschr. 1893, S. 902.
[2]) Ich verwendete zuerst zwei Petroleumsorten, wie ich sie zufällig im Haushalte fand, später zwei Proben von der hiesigen Droguenhandlung Morelli, als „einmal raffinirtes" und „doppelt raffinirtes" Petroleum bezeichnet. Alle 4 Petroleumsorten verhielten sich gleich.

troleums zurückgeführt werden. Natürlich gilt dieser Satz nur für die Petroleumsorten, die mir zugängig waren.

An dieser Stelle spreche ich schliesslich Herrn Prof. Dr. K. B. Lehmann für die Ueberlassung der Aufgabe und die Unterstützung bei der Durchführung derselben meinen ergebensten Dank aus; ich bin auch zu Dank verpflichtet Herrn Assistenten Dr. C. Kisskalt, der mich bei der Ausführung der verschiedenen Versuche unterstützte.

Welchen Standpunkt dürfen wir jetzt in der Frage der Therapie chronischer Mittelohreiterungen einnehmen und wie steht es mit der Cholesteatomfrage?

Von Dr. Ernst Leutert, Privatdocent der Ohrenheilkunde in Königsberg i. Pr.

(Fortsetzung statt Schluss.)

In dem kurz citirten Falle Urbantschitsch's[17]) erfährt man nur, dass das Trommelfell nicht perforirt war. Der kleine Tumor bauchte den hinteren oberen Trommelfellquadranten vor; es ist nicht gesagt, dass keine Narbe vorlag. Der Patient gab zwar an, vorher nie ohrenkrank gewesen zu sein, doch ist es bei der bekannten Unzuverlässigkeit der Anamnese Ohrenkranker nicht ausgeschlossen, dass es sich um eine Implantation von Epidermis der Trommelfelloberfläche gelegentlich einer vielleicht in frühester Jugend vorgenommenen Paracentese in eine in der Pauke liegende Granulation oder die geschwollene Paukenschleimhaut handelt[18]). Von der Möglichkeit, dass eine früher längere Zeit bestandene Perforation sich nach Ueberwanderung der Epidermis und Vernichtung dieser am Perforationsrande durch nachfolgende stärkere entzündliche Processe wieder geschlossen hat, will ich absehen, da diese Erklärung Vielen als zu gesucht erscheinen könnte. Die cholesteatomatöse Masse wurde mit dem scharfen Löffel entfernt; wie der Fall weiter verlaufen ist, erfahren wir nicht.

2. „Um ein Cholesteatom handelt es sich, wenn der Tumor, wie in einem Falle von Schwartze, ohne vorhergegangene Otitis und Eiterung durch Schädigung des Labyrinthes Nerventaubheit herbeigeführt hat, lange Jahre bevor er sich durch Entleerung nach aussen verräth."

Koerner nimmt hier wohl Bezug auf folgenden Passus in Schwartze's Chirurgischen Krankheiten des Ohres[19]): „Ob das Cholesteatom des Ohres primär entstehen kann, ist zweifelhaft. Böttcher vermuthet die Möglichkeit seines Ausganges vom Epithel des Aquaeductus vestibuli, der sich während des ganzen Lebens als ein epithelialer Canal erhält. Aus klinischen Beobachtungen halte ich dies für wahrscheinlich. Ich habe erlebt, dass in Fällen, wo ohne vorhergegangene Otitis und Eiterung unter acuten Hirnsymptomen, Schwindel, Taumeln beim Gehen mit geschlossenen Augen und im Dunkeln, heftigen Kopfschmerzen plötzlich Nerventaubheit entstanden war, erst nach langen Jahren (einmal erst nach 19 Jahren) unter Vorangehen heftiger Schmerzen der Durchbruch eines Cholesteatoms nach aussen in den Gehörgang erfolgte." Ich glaube nicht, dass es angängig ist, aus diesen allgemein gehaltenen Bemerkungen, die dem Leser ein eigenes Urtheil über die betreffenden Fälle nicht gestatten, einen Beweis für das Vorkommen echter Cholesteatome abzuleiten, während der Autor selbst nur einen Wahrscheinlichkeitsschluss aus seinen bemerkenswerther Weise einer relativ weit zurückliegenden Zeit entstammenden Beobachtungen zieht.

3. „Um ein Cholesteatom handelt es sich, wenn eine Perforation im Trommelfell vorhanden ist, deren Beschaffenheit keine Epidermiseinwanderung möglich macht. (Zwei eigene Beobachtungen und ein Fall von Blau)."

Von den beiden eigenen Beobachtungen Koerner's liegt eine Publication nicht vor. Der Fall Blau's[20]) ist kaum zu widerlegen. (Kleine Perforation in der Mitte der hinteren Trommelfellhälfte, geheilt durch einfache Eröffnung und Ausräumung des letzteren nach Schwartze.)

Zwar die Möglichkeit einer Epidermiseinwanderung ist auch bei den nicht randständigen Perforationen des hinteren oberen Trommelfellquadranten und wohl auch noch der Mitte der hinteren Trommelfellhälfte, wie in diesem Falle gegeben, wenn sie sich auch nur ganz ausnahmsweise zu verwirklichen scheint, dann nämlich, wenn eine vom cariösen langen Ambossschenkel ausgehende, durch die Perforation hindurchgewachsene Granulation sich fest an die Ränder der Perforation anlegt und somit die Brücke für die Einwanderung der Epidermis bildet. Einen solchen Fall hatte ich ca. ½ Jahr lang in Behandlung, bevor es möglich war, die vorgeschlagene Hammer-Ambossextraction vorzunehmen. Zweimal entfernte ich mit der Schlinge eine grössere Granulation, welche gestielt aus der nicht randständigen Perforation, dicht oberhalb der Mitte der hinteren Trommelfellhälfte, herabhing. Bei der Hammer-Ambossextraction fand sich dann eine mehrschichtige Lage verhornter Epidermismassen zwischen dem cariösen langen und dem gesunden kurzen Ambossfortsatz wie eine Coulisse herabhängen. Für eine solche Erklärung des Blau'schen Falles wäre aber die Caries des langen Ambossschenkels Bedingung, und auch dann noch wäre es ungewöhnlich, dass bei solcher Lage der Perforation die Schleimhaut des Antrums zerstört worden ist. Da der lange Ambossschenkel jedoch augenscheinlich intact gewesen ist — andernfalls wäre wohl kaum eine alsbaldige Heilung nach der einfachen Eröffnung des Antrums und Ausräumung des Cholesteatoms eingetreten —, muss ich auf eine Widerlegung auch dieses Falles verzichten.

Immerhin muss hervorgehoben werden, dass der Fall eine grosse Seltenheit nicht nur in der Literatur der Ohrcholesteatome, sondern auch in der der echten darstellt. In der sorgfältigen Literaturzusammenstellung Bostroem's über die pialen Cholesteatome sind nur erwachsene Individuen vertreten, mit Ausnahme eines 5jährigen Mädchens (Fall Neureutter), bei welchem als zufälliger Befund ein mehr als linsengrosses Cholesteatom der Pia über dem Tuber corporis callosi entdeckt wurde. Bedenkt man nun, dass die pialen Cholesteatome trotz des relativ geringen Widerstandes, welchen sie bei ihrem Wachsthum seitens ihrer Umgebung erfahren, einer erheblichen Anzahl von Jahren bedürfen, um eine ansehnlichere Grösse zu erreichen, während das Cholesteatom Blau's bei einem 8jährigen Kinde die Grösse einer kleinen Haselnuss besass und schon seit mehreren Jahren eine chronische Eiterung unterhielt, so gewinnt der Fall noch mehr den Charakter der Curiosität.

4. „Ein Cholesteatom liegt vor, wenn die den Tumor umhüllende feine Membran denselben auch nach der Paukenhöhle hin ununterbrochen umgibt (eigene Beobachtung mit Sectionsbefund)."

Dass ein derartiger Befund durchaus nicht gegen die Entstehung des Cholesteatoms aus in Folge Eiterung eingewanderter Epidermis spricht, glaube ich nachgewiesen zu haben. In meinem aus der Halleschen Ohrenklinik publicirten Falle Fussgänger (l. c.) beispielsweise (ich habe inzwischen mehrere solche Fälle gesehen) waren zwei kleinerbsengrosse Cholesteatome als vollkommen abgeschlossene, allseitig mit Bindegewebe umgebene Retentionscysten dadurch entstanden, dass bei einer vorangegangenen Radicaloperation zwei Plattenepithelreste im Grunde einer Knochenzelle zurückgeblieben waren. Diese mussten, da sie durch Granulationen am Flächenwachsthum verhindert, vollkommen abgeschlossen waren, ebenso wie die bekannten Garrè'schen Epithelcysten und die Kaufmann'schen Enkatarrhaphien am Hahnenkamm zu einem geschlossenen Sack auswachsen. Diese kleinen Tumoren hatten innerhalb 4 Jahren Kleinerbsengrösse erreicht und hätten im Laufe der Jahre eine stattliche Grösse erreichen können, obgleich der übrige Theil der Operationshöhle ausgeheilt war. Solche allseitig geschlossene Cholesteatome können auch bei nicht zuvor Operirten dadurch zu Stande kommen, dass die eingewanderte Epidermis durch entzündliche Processe aus ihrer Verbindung mit der äusseren gelöst und von Granulationen eingeschlossen, oder auch, worauf bereits Bezug genommen, mittels Traumen vom Trommelfell her in die granulirende Paukenhöhlenschleimhaut implantirt wird. Durch diese Beobachtungen glaube ich, den letzten bis dahin unwiderlegten Einwand gegen die Allgemeinanwendung der Habermann'schen Erklärung für die Genese aller Ohrcholesteatome beseitigt zu haben.

5. „Wenn der Tumor an einer Stelle sitzt, bis zu der nach unserer jetzigen Kenntniss die Epidermis niemals einwandert, so kann es sich nur um ein wahres Cholesteatom handeln (Schwartze's Cholesteatoma verum in der Schläfenschuppe)."

[17]) Lehrbuch, III. Auflage, S. 288.

[18]) Siehe meinen Fall; 8jähriges Mädchen. Pathologisch-histologischer Beitrag zur Cholesteatomfrage. Arch. f. Ohrenheilkunde, Bd. XXXIX, S. 240.

[19]) Seite 221.

[20]) Ein Beitrag zur Kenntniss des Cholesteatoms des Schläfenbeines. Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 2.

Dieser Fall, den Schwartze (l. c.) als einzig in seiner Art bezeichnet, lässt sich doch nicht so ohne Weiteres als Beweis für das Vorkommen echter Cholesteatome des Mittelohres anwenden, denn er sass in der Schläfenbeinschuppe. Ausserdem sagt Schwartze, dass die von ihm gegebene Erklärung zwar die grösste Wahrscheinlichkeit für sich hat, dass aber für die andere mögliche Erklärung, dass die Epidermis in früheren Lebensjahren durch ein Trauma, etwa einer Stichverletzung, an die betreffende Stelle implantirt sei, nur wegen Mangels jeglicher Anamnese kein Anhaltspunkt gegeben sei.

6. „Wenn die Ohreiterung erst seit kurzer Zeit besteht und dabei ein so grosser Tumor im Schläfenbein vorhanden ist, dass die Entstehung desselben nicht erst von dem Beginne der Ohrerkrankung an datiren kann, so handelt es sich um ein wahres Cholesteatom. Fälle dieser Art sind von Kuhn und Steinbrügge beschrieben. Am beweisendsten für die selbständige Bildung des Tumors sind solche Fälle bei Kindern (zwei eigene Beobachtungen). Wir haben uns dabei zu vergegenwärtigen, wie ausserordentlich langsam die Einwanderung und Anhäufung von Epidermismassen in den Mittelohrräumen nach alltäglicher Erfahrung zu Stande kommt."

Was die erste Hälfte dieses Theiles der Koerner'schen Beweisführung anbetrifft, so stützt er sich auf die Ergebnisse der Anamnese; dass diese aber gerade bei den bisher sowohl von den Patienten wie den Aerzten vernachlässigten chronischen Ohreiterungen absolut unzuverlässig ist, ist eine zu bekannte Thatsache, als dass es sich lohnte, auf diesen Theil der Beweisführung näher einzugehen. Vollends bei den Cholesteatomen, welche nach meiner früher wiedergegebenen Auffassung zu ihrem Wachsthum eines gewissen mittleren Entzündungsgrades, bezw. relativ geringer Eiterung bedürfen, ist es ganz gewöhnlich, dass die Patienten jahrelang frei von irgendwie erheblicher Eiterung sind und daher von dem krankhaften Zustande ihres Ohres nichts wissen. Auch Koerner ist dieses bekannt, denn er sucht diesem Einwande durch die Allgemeinbemerkung entgegenzutreten, dass es nicht angehe, Anamnesen lediglich desshalb anzuzweifeln, weil sie zur vorgefassten Meinung nicht passen. Im Uebrigen waren die Befunde in den angeführten Fällen Kuhn's und Steinbrügge's derart, dass die Epidermiseinwanderung in ausgiebigster Weise ermöglicht war.

Auf die zweite Hälfte dieses Theiles seiner Beweisführung — Fälle bei Kindern — legt Koerner ganz besonderen Werth, denn schon in den einleitenden Bemerkungen zur Besprechung des Cholesteatoms hebt er diese Fälle, in denen die Grösse des Tumors im Gegensatz zur Dauer der Eiterung stände, als Beweis für das häufige Vorkommen wahrer Cholesteatome hervor. Und doch ist gerade dieser Theil seiner Beweisführung sehr leicht zu widerlegen. Wie schon unter No. 3 erwähnt wurde, bedürfen die Cholesteatome der Pia, denen sich ja die supponirten wahren Cholesteatome des Ohres analog verhalten müssten, zu ihrer Entwicklung bis zu einer ansehnlicheren Grösse einer grossen Reihe von Jahren. In Bostroem's Literaturzusammenstellung befindet sich nur ein Kind von 5 Jahren, und dessen Cholesteatom hatte erst Linsengrösse erreicht; das nächstjüngste Individuum war 17 Jahre alt, der Tumor 12 mm lang und 8 mm breit; bei einem gleichaltrigen Manne hatte er allerdings Walnussgrösse erreicht, und bei einem 18jährigen Mädchen sah Cruveilhier einen „voluminösen" Tumor. Die meisten Cholesteatome fanden sich im 4. Jahrzehnt des Lebens. Hiernach erscheint es durchaus unhaltbar, die Cholesteatome kleiner Kinder — ich sah ein solches schon bei einem 3jährigen Kinde — als wahre Cholesteatome aufzufassen. Im Gegentheil, diese Fälle darf ich als die beste Illustration des von mir aufgestellten Satzes bezeichnen, dass nämlich die Entzündung die Grundlage der Cholesteatome ist, und dass ein gewisser relativ geringer Grad dieser der schnellen Anhäufung der Verhornungsmassen derart günstig ist, dass unter solchen Umständen der sogen. Tumor schon nach 2—3 Jahren eine ansehnliche Grösse erreicht, was ohne entzündlichen Process, wie bei den meisten pialen Cholesteatomen, unmöglich ist.

7. „Ein wahres Cholesteatom liegt nach Kümmell vor, wenn man bei der Eröffnung des Warzenfortsatzes die ganze Apophyse von einer trockenen wachsartigen Perlgeschwulst erfüllt findet, die sich von der wie polirt aussehenden nur hie und da etwas buchtigen Wand der Knochenhöhle glatt ablösen lässt. Der dann ganz freiliegende, gelbweisse, höchstens an kleinen Stellen erkrankte Knochen zeigt in solchen Fällen nicht den festen Zusammenhang mit der Geschwulst, den man erwarten müsste, wenn eine desquamative Entzündung der den Hohlraum auskleidenden dünnen Membran die Perlgeschwulst gebildet hätte. Solche Fälle können nach Kümmell nicht so selten sein, wie es nach Durchsicht der Literatur scheint."

Sie sind in der That nicht selten und zwar handelt es sich hier stets um Fälle, in denen für die Epidermiseinwanderung eine breite Bahn vorhanden ist. Der entzündliche Process ist zum Stillstand gekommen, die Ansammlung der Verhornungsproducte hat den kranken Knochen durch Druck zum Schwund gebracht, daher die glatte und compacte Beschaffenheit der Knochenwände. Auch die unter der Matrix liegende ernährende Bindegewebsschicht kann dem Druck der Epidermismassen zum Opfer fallen, so dass letztere dann direct dem Knochen, natürlich ohne festen Zusammenhang, aufliegen. Diese Beobachtung machte Bostroem (l. c. S. 45) an einem pialen Cholesteatome, und da es sich hier nur um mechanische Verhältnisse handelt, so liegt kein Grund vor, diese Erklärung nicht für die Ohrcholesteatome anzuwenden.

8. „Für ein wahres Cholesteatom spricht es, wenn der Tumor mit gold- oder silberglänzenden Cholestearinkrystallen bedeckt oder durchsetzt ist, oder wenn solche in grosser Menge dem Eiter beigemengt sind (Fälle von Lucae und Blau)."

Es handelt sich um die beiden bereits früher citirten Fälle. Auch dieses diagnostische Hilfsmittel ist zum Mindesten zweifelhaft, denn es liegt bisher noch nicht die geringste Erklärung dafür vor, wesshalb die Cholestearinbildung bei den intrauterin entstandenen Cholesteatomen stärker sein sollte als bei den extrauterin entstandenen, auch hat man auf den Cholestearingehalt der Ohrcholesteatome im Gegensatz zu den sicher „wahren" noch nicht genügend geachtet. Diesen Erwägungen hat sich Blau auch nicht verschlossen, denn er sagt: „— dessgleichen werden dieselben (weitere Untersuchungen) darzuthun haben, ob das angeregte Symptom vielleicht nur den echten Perlgeschwülsten des Ohres oder auch den gewöhnlichen cholesteatomatösen Ansammlungen zukommt". Im Uebrigen gilt aber das Cholestearin mit Recht nicht als ein charakteristisches Merkmal der Cholesteatome, denn es bildet sich überall da, wo Fette frei werden und liegen bleiben, also bei den verschiedensten Gelegenheiten. So sah ich diese Krystalle massenhaft bei einer jahrelang bestandenen chronischen Warzenfortsatzeiterung mit ausgedehnter Verfärbung der Zellwände in der die Zellen erfüllenden gelben Flüssigkeit. Die Tafeln schwammen zahlreich auf der Oberfläche des Exsudates und verliehen diesem einen öligen Glanz, welcher die Anregung zur mikroskopischen Untersuchung gab; nirgends war im Warzenfortsatz eine Spur von Epidermis zu sehen.

Wenn es nun auch unmöglich erscheint, die Lehre von den „wahren" Cholesteatomen des Mittelohres zu verdrängen, obwohl sie einem Hauptgesetz der Lehre der Cholesteatome des Schädels widerspricht, nämlich der Entstehung dieser in der Mittellinie, so glaube ich doch einen Schluss aus dem Vorhergehenden ziehen zu dürfen:

Die sogenannten wahren Cholesteatome des Ohres sind nicht, wie Koerner zu beweisen versucht hat, häufig, sondern zweifellos exorbitant selten und es erscheint daher nunmehr gerechtfertigt, sie bei der Beurtheilung des Werthes der Trommelfelldiagnose ausser Betracht zu lassen. Wir dürfen das Cholesteatom des Ohres, obgleich es im Uebrigen dieselbe Bildung ist, wie das piale, als einen leider sehr häufigen Folgezustand einer vernachlässigten Mittelohreiterung betrachten. Dieser Satz ist sehr wichtig für die Entwickelung unserer Disciplin, da er erst deutlich die schädlichen Folgen der Vernachlässigung der Ohrenheilkunde für die Volkswohlfahrt illustrirt.

Nachdem somit die Möglichkeit des Bestehens eines Cholesteatoms bei nicht randständiger Perforation des eigentlichen Trommelfelles als praktisch nicht in Frage kommend ausser Betracht gelassen werden kann, und nach den weiterhin sowohl auf Grund theoretischer Erwägungen als auch auf Grund der Erfahrung erheblichere Erkrankungen der Nebenräume der Pauke oder Caries, eventuell mit Ausnahme der Labyrinthwand bei diesen Perforationen so gut wie ausgeschlossen werden können, so darf ich nunmehr behaupten, dass die genannten Arten der Perforation bei länger bestehender chronischer Eiterung charakteristisch für eine isolirte Paukenhöhleneiterung sind. Mit

anderen Worten, wir können die Diagnose sowohl des Sitzes der Mittelohreiterung als auch der Caries der Gehörknöchelchen und der Wandungen der Nebenräume mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit aus dem Trommelfellbilde stellen. Die Diagnose Cholesteatom hat für die Therapie keine besondere Bedeutung, da sie als Begleiterscheinung einer so gut wie stets mit Caries verknüpften Nebenhöhleneiterung keiner besonderen Therapie bedarf.

Wie wird sich nun unsere Therapie gestalten, wenn sich, woran ich nicht zweifle, die geschilderten Auffassungen als die richtigen erweisen? Beginnen wir mit der einfachen Schleimhauteiterung der Pauke und der Tube. Es würde nicht im Rahmen meines Themas liegen, den Werth der zahlreichen, bei der conservativen Therapie in Anwendung gekommenen Heilmittel kritisch zu beleuchten, es handelt sich hier nur darum, die Grundlagen der Therapie festzustellen. Hier ist Allem voran hervorzuheben, dass die Therapie bei den nicht randständigen Perforationen der unteren Trommelfellhälfte niemals eine operative sein darf, es sei denn, dass deutliche Symptome einer Warzenfortsatzerkrankung vorliegen. Also auch selbst, wenn die conservative Behandlung diese chronischen Eiterungen nicht beseitigt, darf dieses keine Indication zu einer Operation sein und das schon um desswillen nicht, weil die Operation gar nicht den eigentlichen Herd der Erkrankung trifft. Als solche Erkrankungen kommen hauptsächlich die chronischen Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraumes in Betracht, z. B. die Ozaena. Da es uns häufig nicht gelingt, diese zu beseitigen, werden wir zuweilen auch der Ohreiterung nicht völlig Herr werden können; und wir würden es auch nicht durch die Operation, während andererseits die Gefahren für den Träger solcher einfacher Ohreiterungen keine irgendwie erheblicheren sind. Wer ferner chronische Ohreiterungen heilen will, ohne zuvor vorhandene adenoide Vegetationen zu entfernen, kämpft einen Kampf gegen Windmühlen. Ich habe eine ganze Reihe von Fällen gesehen, in denen jugendliche Individuen monate- ja jahrelang von Specialisten an chronischer Ohreiterung ohne Inangriffnahme der adenoiden Vegetationen behandelt wurden; bei mehreren heilte die Eiterung in sehr kurzer Zeit nach Herausnahme der Wucherungen, bei anderen wenigstens nach längerer Behandlung. Weiter kommen hier als heilungsverzögernde Momente oberflächliche Erkrankungen des Knochens der Labyrinthwand in Betracht, die sich als äusserst hartnäckige, kleine Geschwüre bei genügend weiter Perforation an der Labyrinthwand constatiren lassen. Es gelingt mitunter beim besten Willen nicht, diese Geschwürchen dauernd zu heilen, trotzdem sie direct angreifbar sein können; aber was würde uns hier die Entfernung der Gehörknöchelchen oder die Radicaloperation nützen? Der Werth der durch letztere geschaffenen bequemeren Angriffsmöglichkeit solcher kleiner Herde ist doch nur ein geringer*).

In diesem Punkte unterscheiden sich meine Anschauungen von denen der meisten Autoren; das Versagen der conservativen Therapie, wenn auch noch so lange Zeit angewandt, darf niemals die Indication für einen operativen Eingriff geben.

Einen ähnlichen Standpunkt vertritt Schwartze[21]), wenn er sagt: „Das Symptom einer unheilbaren foetiden Otorrhoe darf nie als ausreichende Indication für letztere (operative Eröffnung des Warzenfortsatzes) gelten, sondern maassgebend ist der Ursprung derselben“ etc. Ich kann diesen Standpunkt umso eher vertheidigen, als es mir nur ganz ausnahmsweise nicht gelungen ist, chronische Ohreiterungen mit nicht randständiger Perforation der unteren oder mittleren Partie des Trommelfelles zu heilen, wobei stets einer der vorher beispielweise angeführten heilungswidrigen Factoren mitwirkte.

Unsere Therapie bei der einfachen Schleimhauteiterung der Pauke muss nach möglichster Beseitigung derjenigen Erkrankungen, besonders des Nasenrachenraumes, welche geeignet sind, eine chronische Mittelohreiterung zu unterhalten, hauptsächlich darauf gerichtet sein, dem Eiter aus der Paukenhöhle möglichst günstigen Abfluss zu verschaffen, und da selbst die tiefstgelegene Perforation noch immer höher liegt als der Boden der Pauke, den Eiter aus diesen Räumen zu entfernen. Dass damit nach Möglichkeit eine Desinfection der erkrankten Partien zu verbinden ist, wäre an und für sich selbstverständlich, lässt sich aber bekanntlich in wirksamer Weise nur unter besonders günstigen Umständen erzielen, da kräftiger wirkende desinficirende Mittel die Paukenschleimhaut zu sehr reizen, und diese Mittel auch nur bei grossen Perforationen nach Reinigung der Pauke rationeller Weise anwendbar sind.

Das früher als Hauptttherapie angewandte Reinigen des Mittelohres vom Gehörgang aus kann ebenfalls nur bei grossen Trommelfelldefecten Erfolg haben, dagegen versagt die Reinigung der Pauke von der Tube aus mittels des Katheters nur in den seltenen Fällen hochgradiger Tubenverengerung und der allerdings häufigeren grossen Tromelfelldefecte vis-à-vis des Ostium tympanicum tubae. Wir werden daher die Ohrenspritze nur noch dann anzuwenden haben, wenn wir den Gehörgang zwecks Klärung des Trommelfellbildes reinigen wollen und auch dann nur in den Fällen, in welchen sich das Ausspritzen schonender erweist, als das Austupfen, also bei engem Gehörgang oder zähflüssigem Schleimeiter. Der Katheterismus hingegen ist das souveräne Mittel, die Pauke von der Tube aus gründlich zu reinigen, und es geschieht dieses bei geringer Eiterung mittels Lufteintreibung, bei starker mittels Durchspülung durch den Katheter und die Tube mit nachfolgender Luftdouche. Mit der Anwendung des Katheterismus erzielen wir gleichzeitig den für die Function des Ohres wichtigen Erfolg, Verklebungen und nachfolgende Verwachsungen des Trommelfelles mit der Labyrinthwand oder innerhalb der Gehörknöchelchenkette in der grössten Mehrzahl der Fälle zu verhindern. Dass die Anwendung des Katheters in der Hand des Geübten gefahrlos ist, ist heute fast allgemein anerkannt, wie sie andererseits bei frischen acuten Processen contraindicirt ist. Als Spülflüssigkeit verwendet man am besten sterilisirte physiologische Kochsalzlösung, will man desinficirende Lösungen anwenden, was ich für entbehrlich halte, so sind sie mindestens bei jungen Individuen, welche leicht einen Theil der Spülflüssigkeit verschlucken, zu vermeiden. Ein Vorzug des Ausspülens per tubam liegt auch darin, dass der Eiter hierbei nach dem Gehörgang zu hinausgetrieben wird, nicht aber, wie beim Ausspülen vom Gehörgang aus, nach der Tube zu, wo er dann in den Nasenrachenraum gelangt, verschluckt, oder in das andere, eventuell gesunde Ohr getrieben wird. Selbstverständlich gehört zur Vornahme dieser Manipulation eine gewisse Uebung; wer diese aber besitzt, wird die schönsten Erfolge selbst bei Jahrzehnte lang bestandenen Eiterungen erzielen und zwar in der Regel innerhalb einiger Wochen oder wenigstens Monaten.

In neuerer Zeit ist von verschiedenen Seiten die Drainage des Gehörganges mit in verschiedener Weise imprägnirten Gazestreifen empfohlen worden, und wird dieses bequeme Verfahren von zahlreichen praktischen Aerzten mit der grössten Geduld und grosser Andacht geübt. Es ist mir nicht recht verständlich, in welcher Weise die Imprägnation der Gazestreifen eine Mittelohreiterung irgendwie erheblich beeinflussen soll. Denn da mit den Desinficientien nur derjenige Eiter in Berührung kommt, der die Pauke bereits verlassen hat, so könnte die eventuelle Wirkung doch nur darin bestehen, dass die übrigens unerhebliche Gefahr der Inficirung des äusseren Gehörganges abgeschwächt wird. Dagegen ist eine leicht ansaugende Wirkung der Gaze an sich natürlich nicht zu leugnen, doch kommt diese selbstverständlich für die Heilung einer Mittelohreiterung so wenig in Betracht, dass das Einlegen von Gazestreifen unmöglich als eine selbständige Therapie einer chronischen Mittelohreiterung angesehen werden kann. Wir können also von diesem „Verfahren“ nur sagen, dass es unsere eigentliche Therapie in geringem Maasse zu unterstützen geeignet ist. Dass das Einblasen von desinficirenden und adstringirenden Pulvern nur dann eine Wirkung ausüben kann, wenn ein grosser Trommelfelldefect besteht, braucht eigentlich nicht besonders angeführt zu werden; die Paukenschleimhaut ist der Sitz der Erkrankung, aber nicht das Trommelfell. Dass derartige Einblasungen bei engen Perforationen direct schädlich werden können, weil durch Krustenbildung die Perforation verlegt und der Eiterabfluss verhindert wird, ist ebenfalls eine bekannte Thatsache. Das vorher Gesagte gilt von den Instillationen desinficirender Lösungen in den Gehörgang, doch kann man diese schon bei mittlerer Perforation anwenden, vorausgesetzt, dass die Pauke zuvor mittels Katheters gereinigt ist, denn auch die besten Desinficientien sind gegenüber einer mit Eiter bedeckten Schleimhaut wenig wirksam. Während demnach die Behandlung mit Pulvern und Lösungen

*) Vergleiche Schwartze: Handbuch Th. II. S. 838.
[21]) Handbuch, Th. II. S. 795.

bei kleinen bis mittleren Perforationen wenig oder gar keinen Werth hat, resp. contraindicirt ist, so ist sie andererseits durchaus rationell bei sehr grossen Trommelfelddefecten. Hier ist der Katheterismus, falls nicht eine Tubeneiterung vorliegt, werthlos, denn die Luft gelangt direct von der Tubenmündung in den Gehörgang, ohne die Pauke zu reinigen. Letztere muss in solchen Fällen vor Anwendung der Medicamente vom Gehörgang aus gereinigt werden.

(Schluss folgt.)

Ueber die Dauer der Hefegährung in zuckerhaltigen Urinen.*)

Von Dr. Theodor Lohnstein in Berlin.

In No. 36 der Münch. med. Wochenschr. hat Herr Jac. Meyer-Frankfurt a. M. einige vergleichende Analysen zur Prüfung des von mir in No. 50 des vorigen Jahrgangs dieser Wochenschrift publicirten Präcisions-Gährungs-Saccharometers veröffentlicht, deren Resultate nach der quantitativen Seite hin höchst zufriedenstellend sind. Ich bin Herrn Meyer für das dem Apparate zugewandte Interesse sehr dankbar, möchte aber doch seine Ausführungen bezüglich der Dauer der Gährung nicht ohne Berichtigung lassen.

Auf Grund mehrjähriger Erfahrung mit den verschiedenen Gährungsmethoden im Allgemeinen, sowie nach mehrmonatiger Erprobung meines neuen Apparates im Besonderen hatte ich angegeben, dass bei einer Temperatur von 32—38° C. 3—4 Stunden, und bei Zimmertemperatur 8—12 Stunden zur Vollendung der Gährung nöthig sind; Herr J. Meyer findet dagegen, dass erst nach 24—48 Stunden eine Bestimmung beendet ist, und belegt seine Angaben durch experimentelle Daten.

Demgegenüber verweise ich zunächst auf meine in No. 6, 1896, der Berl. klin. Wochenschr. erschienene Arbeit, in der ich den Ablauf der Gährung auf aracometrischem Wege verfolgte; aus den dort mitgetheilten Versuchen, in denen überdies nur im Anfang der gährende Zuckerharn einer höheren Temperatur ausgesetzt wurde, geht hervor, dass die Gährung stets nach wenigen Stunden im Wesentlichen ihr Ende erreicht. Ferner hat mir Herr A. Spaethe, der in der hiesigen Universitätspoliklinik des Herrn Geheimrath Prof. Dr. Senator unter Leitung des Herrn Privatdocenten Dr. H. Rosin meinen Apparat mit dem gleichen günstigen Ergebniss wie Herr J. Meyer prüfte (seine Bestimmungen sind veröffentlicht in No. 31 des laufenden Jahrgangs der Deutsch. med. Wochenschr.), im Privatgespräch erzählt — in der Arbeit selbst findet sich hierüber keine besondere Angabe —, dass das Quecksilber im Brutschrank bei 35° C. meist schon nach zwei Stunden seinen Höchststand erreichte. Endlich wurde in mehreren zu meiner Kenntniss gelangten privaten Aeusserungen von Collegen über die Brauchbarkeit meines Apparates die schnelle Beendigung der Bestimmungen mit ihm bestätigt. — Nach alledem war ich einigermaassen erstaunt, als ich in No. 36 die entgegenstehenden Angaben des Herrn Collegen Meyer las.

Ich kann diese Discrepanz nur auf zwei Möglichkeiten zurückführen: Entweder hat der Herr Verfasser, ohne Rücksicht auf meine ausdrücklichen Vorschriften, den Urinen viel zu wenig Hefe zugesetzt, oder er hat nicht, wie ich stets, die gewöhnliche Presshefe der Bäcker, sondern irgend eine andere Hefeart verwendet, die das Optimum ihrer Wirkung hinsichtlich der Gährungsdauer vielleicht bei einer niedrigen Temperatur hat.

Ich bin desshalb so ausführlich auf diesen Gegenstand eingegangen, weil die schnelle Beendigung der Gährung unter den von mir angegebenen Versuchsbedingungen (welche übrigens auch für die übrigen Gährungs-Saccharometer gelten) als nothwendige Voraussetzung für einen den praktischen Aerzten zu empfehlenden Apparat bezeichnet werden muss, denn gerade hierauf beruht es, dass der theuere Brütschrank durch das billige mit einem Nachtlicht zu erwärmende Wasserbad (Dreifuss mit Casserole) ersetzt werden kann.

Ich erwähne bei dieser Gelegenheit, dass der zweite von Herrn Meyer gerügte Uebelstand, die zu geringe Breite des Fusses, bereits seit längerer Zeit beseitigt und überdies der Apparat durch Verwendung massiven Glases für den Fuss noch stabiler gestaltet ist. Endlich wollte ich als eine weitere Verbesserung des durch Heinr. Noffke & Co., Berlin S., Ritterstrasse 120 zu beziehenden Apparates noch mittheilen, dass die ihm beigegebene zur Abmessung des Urins dienende Pravazspritze neuerdings eine 50 Theilstriche zählende Kolbenstange enthält, wodurch die Abmessung der benöthigten Harnmenge (0,5 ccm) ebenso scharf wie leicht wird.

*) Berichtigung zu der Arbeit von Jac. Meyer in No. 36 dieser Wochenschrift.

Referate und Bücheranzeigen.

Alberto Ascoli: Ueber ein neues Spaltungsproduct des Hefenucleïns. (Sitzungsberichte der Gesellschaft zur Beförderung der gesammten Naturwissenschaften in Marburg. Sitzung vom 1. August 1900.)

A. Kossel und A. Neumann haben unter den Spaltungsproducten der Nucleïnsäure aus Thymusdrüse eine schön krystallisirende Substanz von der Zusammensetzung $C_5H_6N_2O_2$ aufgefunden, welcher sie den Namen Thymin gegeben haben. Es ergibt sich die Frage, inwiefern dieses Spaltungsproduct auch aus anderen Nucleïnsäuren zu gewinnen ist.

Auf Veranlassung von A. Kossel hat Ascoli die früheren Versuche von Kossel und Neumann fortgesetzt, indem er das Hefennucleïn auf Thymin untersuchte: Hiebei ergab sich neben Thymin eine dem Thymin sehr ähnliche Substanz von der Zusammensetzung $C_4H_4N_2O_2$. Das neue Spaltungsproduct der Hefenucleïnsäure unterscheidet sich vom Thymin durch die Gruppe CH_2, das Thymin kann also als ein Methylderivat des neuen Körpers aufgefasst werden. Dies Resultat ist von besonderem Interesse, da das Thymin nach der von Kossel und Steudel verfolgten Anschauung als ein Methyldioxypirimidin (ein Isomeres des Methyluracils) aufgefasst wird. Nach der nahen physiologischen Beziehung des Thymins mit dem neuen Körper von Ascoli wird man auch Analogien der chemischen Constitution voraussetzen dürfen und Ascoli discutirt daher die Frage, ob der neue Körper nicht das bisher unbekannte Uracil selbst ist. K.

Garnisonsbeschreibungen vom Standpunkte der Gesundheitspflege. Herausgegeben von der Medicinalabtheilung des K. Bayerischen Kriegsministeriums. I. Band: Augsburg. München 1900. Mit 1 Titelbild, 2 Abbildungen im Text, 2 Kartenbeilagen und 38 Tafeln.

Die Garnisonsbeschreibungen sollen ein Bild über die geographische Lage, die klimatischen, die Untergrunds- und Trinkwasserverhältnisse der Standorte einerseits und der Beschaffenheit der Unterkünfte andererseits geben und so den Sanitätsofficieren eines Standortes, insbesondere den neu dahin versetzten, Gelegenheit bieten, sich über diese Fragen rasch und sicher zu orientiren. In dem ersten vorliegenden Band ist diese Aufgabe vorzüglich gelöst. In knapper, aber klarer und übersichtlicher Form werden zunächst die geographische Lage und die geologischen und klimatischen Verhältnisse der Stadt besprochen, dann folgt die Geschichte und Beschreibung der Stadt, die Schilderung der Wasserversorgung, der Beseitigung der Abfallstoffe und endlich der wichtigen gemeinnützigen Anlagen. Im zweiten Theil findet sich eine Beschreibung der Garnisonsanstalten nach ihrer Lage, Bauart, Grösse, Belegung und Raumvertheilung, sowie der einzelnen gesundheitlichen Anlagen und Einrichtungen in denselben. Der dritte Theil umfasst Statistisches über Civil- und Militärbevölkerung, insbesondere die Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse, En- und Epidemien, Vorbeugungsmaassregeln gegen ansteckende Krankheiten von Seiten der Militär- und Civilbehörden. Das Werk ist zur Orientirung über die gesammten hygienischen Verhältnisse der Stadt Augsburg nicht nur für den Sanitätsofficier, sondern auch für die Civilbehörden und sonstige Interessenten sehr geeignet. Dieudonné-Würzburg.

E. Rotter: Die typischen Operationen und ihre Uebung an der Leiche. 6. Auflage. München 1900.

Die ungewöhnlich rasch aufeinander erschienenen Auflagen der Rotter'schen Operationslehre beweisen am besten ihre Beliebtheit bei den Studirenden und in der That rechtfertigt die kurze, klare und übersichtliche Darstellung mit trefflichen topographischen und anderen Abbildungen die grosse Anerkennung, die Rotter's Werk im medicinischen Publicum gefunden. Besonders werden die Darstellung des Instrumentariums (bei der vielleicht in der nächsten Auflage auch die Giglisäge wegen ihrer ungemein zahlreichen Vorzüge angeführt werden dürfte), sowie die in Abbildung und Beschreibung auf einzelnen zum Herausnehmen bestimmten Blättern dargestellten „Dringlichkeitsorientirungsbilder", d. h. kurze Darstellung der sog. lebensrettenden Operationen, Beifall finden. Bei letzteren wurde auch die typische Blosslegung des Herzens zur Ausführung der Naht in der neuen Auflage eingereiht. In der nächsten Auflage werden wohl auch die

Gastroenterostomie und die verschiedenen Methoden der Enteroanastomose aufzunehmen sein, umsomehr, als neuerdings hierfür auch eine Reihe specieller Instrumente empfohlen wurden.

Sehr.

Alb. Hoffa: Atlas und Grundriss der Verbandlehre. Lehmann's Handatlanten. Bd. XIII. 2. vermehrte Auflage, mit 144 Tafeln. München, J. F. Lehmann, 1900. Preis 7 M.

Die neue Auflage der bekannten Hoffa'schen Verbandlehre zeigt beträchtliche Vergrösserung des Textes und der Anzahl der Tafeln, der junge Arzt wird es neben der Deutlichkeit und Realistik der Abbildungen besonders schätzen, dass auch die zu Verbandapplicationen nöthigen Apparate, die Gipsscheeren, Aluminiumschienen, Port'schen Eisenblechschienen, die Ollier'schen etc. Stützen, die Beinladen, ferner die Extensionsverbände, die Stehbetten, Extensionsapparate nach Hansmann, der Extensionstisch nach Schede, Heusner etc., die Gehverbände (Bruns etc.), Schienenhülsenapparate mit in die Darstellung aufgenommen sind. (In den Namen sind einige Druckfehler stehen geblieben, die die nächste Auflage leicht ausmerzen wird.) Das Hoffa'sche Werk wird, zumal bei dem in Anbetracht der zahlreichen Tafeln sehr mässigen Preis viele Freunde sich erwerben. Sehr.

Sanitätsrath Dr. **Granier: Lehrbuch für Heilgehilfen und Massöre.** Berlin, Richard Schoetz, 1900. Zweite Auflage. Preis 4 M.

Das Buch ist im amtlichen Auftrag verfasst und durch Ministerialerlass zur Benutzung empfohlen worden. Bei einer späteren Auflage scheint dem Ref. die Aenderung einiger Einzelheiten wünschenswerth zu sein. So sollte z. B. S. 49 genau die Zeit angegeben werden, die der Heilgehilfe auf das Waschen und Desinficiren der Hände verwenden soll, anstatt der kurzen Bestimmung „tüchtig zu waschen". Bei der Beschreibung der einfachen Verbände sind Abbildungen wohl nicht zu entbehren. Die Carbolsäure wird dem Nichtarzt am besten überhaupt nicht zur Anwendung empfohlen. Endlich vermisst Ref. die Beschreibung der hydropathischen Einwicklungen.

Anerkennung verdient, dass der Heilgehilfe bei jeder Gelegenheit auf die Grenzen seines Könnens und Wissens hingewiesen wird. Fritz Lange-München.

Neueste Journalliteratur.

Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie. Band IV, Heft 4. 1900.

1) H. Nebel-Frankfurt a. M. und Emil Zander-Stockholm: **Ueber das sogen. neue System der maschinellen Heilgymnastik des Docenten M. Herz.**

Polemisirenden Inhalts.

2) N. Stradomsky-Kiew: **Ueber den Einfluss einzelner Eiweisskörper auf die Zuckerausscheidung bei Diabetes mellitus.** (Aus der I. medicinischen Klinik Berlin [Director Geheimrath v. Leyden].)

Verfasser hat sich zur Aufgabe gestellt, in 2 Fällen von Diabetes, einem schweren und einem mittelschweren, den Einfluss verschiedener Eiweissnahrungsmittel auf den Stoffwechsel, vor Allem aber auch auf die Zuckerausscheidung zu prüfen. Er gab beiden Patienten abwechslungsweise Kalbsleber, Kalbsthymus, Tropon, Plasmon in ungefähr aequivalenten Mengen zu der gewöhnlichen Nahrung hinzu.

Als Resultat seiner Untersuchungen ergab sich, dass gleiche Eiweisskörper bei beiden Patienten nicht immer die Zuckerausscheidung gleichmässig beeinflussten; jedoch lieferte die Leberzuführung beiderseits die grösste Zuckerausscheidung, bei Fischnahrung verhielt sich die Zuckermenge grösser als bei Fleischnahrung; die geringste Menge Zucker wurde im 1. Falle bei Plasmon-, im 2. Falle bei Tropongabe erzielt.

Pentosurie konnte er bei Darreichung von solchen Nahrungsmitteln, welche auf chemischem Wege Pentosen abspalten lassen, wie bei Thymus, Kalbsleber, Muskelsubstanz, nicht constatiren.

Die N-Ausscheidung war im schweren Falle erhöht, im mittelschweren normal, lief aber mit der Zuckerausscheidung nicht parallel, sondern fast im umgekehrten Verhältnisse.

Die Harnsäureausscheidung überschritt die Norm nicht.

Die Phosphorsäureausscheidung war im schweren Falle etwas erhöht, im leichteren Falle normal.

Acetessigsäureprobe fiel beiderseits stets negativ aus.

3) C. Poensgen-Nassau: **Beitrag zur Behandlung nervöser Krankheitszustände in Sanatorien.**

Lesenswerthe Einzelheiten über allgemeine Verhaltungsmaassregeln, Diät, Hydrotherapie, Behandlung mit Elektricität und psychische Beeinflussung.

4) J. Ruhemann-Berlin: **Witterung, Sonnenscheindauer, Infectionskrankheiten.**

In Ergänzung früherer Arbeiten sucht R. durch statistisches Material den Beweis zu erbringen, dass zwischen Witterung und Infectionskrankheiten proportionale Beziehungen bestehen.

Den Haupteinfluss der Witterung auf die Morbidität hat nach seinen Beobachtungen die Dauer des Sonnenscheins und zwar im umgekehrten Verhältnisse, insoferne die Lichtdauer die ektogene Bacterienflora beeinflusst.

Die übrigen meteorologischen Factoren, wie Temperatur, Feuchtigkeit, Niederschläge, Windstärke und -Richtung, Luftdruck kommen nur unwesentlich in Betracht, indem sie als disponirende Momente hinzutreten können.

5) Oedön Tuszkai-Ofenpest: **Ueber Hydrotherapie in der Gynaekologie und Geburtshilfe.**

Nach einer eingehenden Würdigung des Wesens und der Wirkung der Hydrotherapie schildert T. die verschiedenen Methoden der Anwendung in der Gynäkologie und Geburtshilfe, deren rationelle Application, bestehend in Halbbädern, kalten und heissen Irrigationen, Eisblase, vor Allem in der Therapie der chronischen Entzündungsprocesse, aber auch als wehenanregende und die Atonie des Uterus bekämpfende Mittel sich ihm häufig bei richtiger Individualisirung von Nutzen erwiesen hat.

6) Max Buch-Willmannsstrand (Finnland): **Experimenteller Beitrag zur Diät bei Hyper- und Hypochlorhydrie.** (I. und II. Theil.)

Als Grundlage der Untersuchungen über Magensaftsecretion sind die neueren physiologischen Studien Pawlow's zu betrachten, wonach die Menge des Magensafts nahezu im directen Verhältnisse zur Menge der Speise, die ihn hervorruft, steht, die Magensaftproduction so lange dauert, als die Verdauung, jedoch in Bezug auf Stärke sich in gesetzmässigem Steigen und Abfallen befindet und zwar so, dass unter gleichen Bedingungen immer wieder annähernd die gleiche Curve eintritt, endlich der Pepsin- und Salzsäuregehalt des Magensaftes in keinerlei Verhältniss zu einander stehen, indem nämlich der Pepsingehalt innerhalb derselben Verdauungsperiode zahlreichen Schwankungen in gesetzmässiger Abhängigkeit von den verschiedenen Speisen unterliegt, der Salzsäuregehalt dagegen constant bleibt und dadurch stets in Relation mit der Secretionsmenge steht; die Menge des Saftes aber schwankt hinwiederum bei den verschiedenen Speisen.

Die Saftsecretion ist niemals eine Folge der mechanischen Reizung der Magenschleimhaut, sondern stets bedingt durch Reizwirkung auf die Nerven, Vagus oder Sympathicus.

Während der Vagus die psychischen Reize der Esslust, des Appetits, vermittelt, sind es secundär die chemischen Eigenschaften der Speisen, welche den Sympathicus erregen.

Rohes Fleisch ist ein wirksames, Secretion anregendes Mittel, ebenso wie Fleischsaft, Fleischabkochung, Liebig'sche Fleischextractlösung, in fast ebensolchem Grade aber auch Milch. (Beim Kochen verliert das Fleisch diese Eigenschaft.)

Brot und Hühnereiweiss regen die Saftsecretion nicht direct an. Die Hauptbedingung für ihre Verdauung ist also der Appetitreiz (Vagussecretion).

Alle Fette üben einen stark hemmenden Einfluss auf die Magensecretion aus.

Bei den Versuchen an Menschen erzielte Verfasser durch Gaben von Fleischbrühe als Probefrühstück in allen Fällen eine bedeutend gesteigerte Salzsäureproduction. (Indication reichlicher Bouillongabe nach der durch Gastrotomie erzeugten künstlichen Hyposecretion.)

Bei Hyperchlorhydrie unternahm er bei einem Patienten während einer längeren Periode Secretionsbestimmungen von Stunde zu Stunde, indem er einen Tag um den anderen zu einer bestimmten Mahlzeit Fett hinzufügte. Das Resultat entsprach den physiologischen Untersuchungen.

M. Wassermann-München.

Centralblatt für innere Medicin. 1900. No. 37.

S. J. Meltzer und J. Langmann-New-York: **Eine Widerlegung der Mittheilungen von v. Czyhlarz und Donath** (Centralbl. f. innere Med. 1900, No. 13, refer. d. Münch. med. Wochenschr. 1900, No. 17, S. 588), wonach Strychnin, in eine Extremität eingespritzt, ohne Effect bleibt, wenn die Resorption des Giftes durch feste Umschnürung der Extremität für einige Zeit zurückgehalten wird, weil das thierische Gewebe das Strychnin binde bezw. neutralisire. Die Verfasser wiesen für Schlangengift nach, dass die Ligatur den Eintritt des Todes bei Kaninchen und Meerschweinchen mehr oder weniger deutlich verzögert, niemals aber verhindert.

Die Versuche über Strychnin stellten Verfasser nicht nur an Meerschweinchen an, wie die obengenannten Autoren, weil das Meerschweinchen ein nicht sehr strychninempfindliches Thier ist, sondern auch an Fröschen und Kaninchen. Bei den letztgenannten Thierarten konnte nun von einer Aufhebung der Strychninwirkung durch Ligatur keine Rede sein; bei Meerschweinchen wurde durch die Anlegung der Ligatur die Resorption des Giftes um ein Geringes beeinträchtigt. Die Thatsache erkläre sich jedoch genügend durch die verminderte Resorptionsfähigkeit der Gewebe in dem umschnürten Beine, so dass man nicht berechtigt sei, eine Giftbindung anzunehmen.

Auch wenn die tödtliche Giftdosis auf drei umschnürte Extremitäten vertheilt wurde, so dass das Gewebe sicherlich im Ueberschuss war, war eine neutralisirende Wirkung nicht zu bemerken. K. Brandenburg-Berlin.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1900. 56. Bd., 5. u. 6. Heft, August. Leipzig, Vogel.

18) H. Fischer-Berlin: **Die Osteomyelitis traumatica purulenta cranii.** (Fortsetzung folgt.)

19) Rose-Berlin: **Der vordere Scheidenbruch.**

Es war bisher zweifelhaft, ob durch die seichte Tasche der Excavatio vesico-uterina ein vorderer Scheidenbruch austreten könne. R. berichtet über eine derartige Beobachtung. Der schwangere, anteflectirte Uterus hatte durch seine Wachsthumszunahme die Blase von der Cervix ab- und dann den Uterus in die Scheide vorgedrängt, so dass dieselbe von dem harten und unbeweglichen Tumor ganz ausgefüllt wurde. Vom oberen Bauchschnitt konnte der Uterus aus seiner Einklemmung befreit werden. Die Kranke abortirte, wurde vollkommen geheilt.

20) P. Müller-Dresden: **Ueber acute postoperative Magendilatation, hervorgerufen durch arterio-mesenteriale Duodenalcompression.**

Die genannte Erkrankung, auf die in neuerer Zeit von mehreren Seiten die Aufmerksamkeit gelenkt wird, hat Verfasser im Dredner Diakonissenhause 4 mal beobachtet. Das das ganze Krankheitsbild beherrschende Symptom ist das oft äusserst reichliche, gewöhnlich gallige, seltener bräunlichgraue oder schwärzliche Erbrechen. Stuhl und Winde sind gewöhnlich verhalten, dabei besteht starker Durst, hohe Pulszahl bei normaler Temperatur, schweres allgemeines Krankheitsbild. Sicher wird die Diagnose bei dem Nachweis einer Magendilatation.

Bei der Autopsie findet sich der Magen und das Duodenum stark erweitert, der Dünndarm leer und grösstentheils im kleinen Becken liegend. In dem so entstehenden Drück des Mesenteriums (Arteria mesenter. sup.) auf das Duodenum liegt der Anfang der verhängnissvollen Störung.

Die Complication kann nur bei Rückenlage zu Stande kommen. Begünstigt wird sie durch die schwächende Wirkung der Narkose und durch die der Operation vorangehende ausgiebige Darmentleerung.

Von den 4 Fällen des Verfassers endeten 2 tödtlich, einer derselben hatte sich an eine Gallenblasenoperation, der andere an die Streckung einer Kniecontractur angeschlossen.

2 Patientinnen, die beide nach einer Gallenblasenoperation an Duodenalverschluss erkrankt waren, wurden geheilt, die eine durch Magenspülung und Beckenhochlagerung, die andere, nachdem dieselben Mittel ohne Erfolg versucht waren, in einfachster Weise durch Bauchlage. Die Bauchlage ist sofort, wenn sich auf Duodenalverschluss verdächtige Symptome zeigen, in Anwendung zu bringen. Verfasser glaubt, dass die beschriebene Incarceration des Duodenums viel häufiger vorkommt als man glaubt.

21) Tietze-Breslau: **Ueber das Cystadenoma mammae (Schimmelbusch) und seine Beziehungen zum Carcinom der Brustdrüse.**

Verfasser möchte auf Grund seiner Untersuchungen den Namen Cystadenoma mammae abgeschafft und dafür den Namen Cystoma mammae angenommen wissen. Er definirt das Cystoma mammae als eine häufig unter dem Bilde schubweise einsetzender Entzündungen verlaufende und zu multiplen Cystenbildungen in der Mammasubstanz führende Erkrankung, welche unabhängig von überstandenen Geburten Individuen der mittleren Jahre befällt, sehr häufig in beiden Brüsten auftritt und charakterisirt ist durch eine Wucherung der Drüsenepithelien, die entweder in Form gleichmässiger Ausfüllung der Alveolen und Schläuche, theils in Gestalt multipler papillärer Excrescenzen und Epithelzotten auftritt, ja auch zur Entstehung adenomähnlicher intracanaliculär gelegener Gebilde führt. Durch Wucherung und Zerfall der Epithelien sowohl wie durch Secretion der überlebenden bilden sich die Cysten, deren Epithelien sich bei weiterem Wachsen der Cyste abplatten und ganz verloren gehen können. Eine Entzündung des Bindegewebes ist vielfach vorhanden, tritt aber an Bedeutung gegenüber der Epithelvermehrung zurück. Die Erkrankung führt nicht selten zur malignen Entartung (Carcinom oder destruirendes Adenom).

22) Könitzer: **Ueber multiple Echinococcen der Leber.** (Bethanien Stettin.)

Bei einer 24jährigen Patientin wurde ein aus 5 Blasen bestehender multipler Leberechinococcus durch mehrfache Operationen vollkommen geheilt. 2 Blasen sassen im linken Leberlappen und wurden zweizeitig durch die Laparotomie geheilt. Die übrigen 3 unter einander communicirenden Blasen des rechten Leberlappens wurden perpleural operirt. Eine in Folge der Pleuraeröffnung einsetzende Pleuritis wurde durch Rippenresection geheilt.

Des Verfassers Fall stellt mit 5 operativ geheilten Blasen ein Unicum dar. Die grösste bisher beobachtete Zahl war 3.

23) Tenderich-Wesel: **Ein weiterer Vorschlag zur Behandlung veralteter ungeheilter Patellarbrüche.**

Verfasser empfiehlt, bei veralteten Kniescheibenbrüchen, bei denen eine Vereinigung der Patellarstücke nicht möglich ist, die gerissenen seitlichen Ausläufer der Quadricepssehne zu nähen. Der vom Verfasser in einem derartigen Falle erzielte Erfolg war ein recht befriedigender.

24) Heinricius: **Ueber retroperitoneale Lipome.** (Gynäkologische Klinik Helsingfors.)

Mittheilung eines glücklich operirten Falles und Zusammenstellung der Literatur.

25) Tenderich-Wesel: **Ueber Darmverschluss während der Schwangerschaft.**

Die Ursache des Ileus bei der im letzten Monat schwangeren Patientin war ein vom Cruralbruchring ausgehender Strang, der eine Darmschlinge umschnürt hatte. Aus äusseren Gründen konnte die Darmresection nicht vorgenommen, und musste ein Anus praeternaturalis angelegt werden. Die Patientin genas, am Tage nach der Operation wurde ein gesunder Knabe geboren. Der Verschluss des Kunstafters wurde von der Kranken verweigert.

Aus der Literatur sind dem Verfasser 20 ähnliche Fälle bekannt geworden. Krecke.

Centralblatt für Chirurgie. 1900. No. 36 u. 37.

No. 36. König: **Aseptik der Hände? Operation ohne directe Berührung der Wunde mit Finger und Hand.**

Nachdem kein einziges der zahlreichen Verfahren zur Desinfection der Hände absolut sicher, betont K. die Bedeutung der Operationen ohne directen Gebrauch der Finger. Besonders für die Gelenkoperationen zeigt sich, dass die Gefahr mit der Zeit, die man an oder in dem Gelenk arbeitet, wächst und dass sie vor Allem durch den directen Gebrauch der nackten Hand und Finger bedingt ist; es lassen sich aber nicht nur die Gelenkoperationen und der grösste Theil der Operationen an den Extremitäten, sondern auch solche am Rumpf, Hals, Kopf (Trepanation) nur mit Zuhilfenahme der Instrumente, d. h. ohne directen Fingergebrauch, ausführen, und der Chirurg muss das Bewusstsein in sich aufnehmen, dass das Operiren ohne Fingergebrauch zu der aseptischen Operationstechnik gehört; nur ein Terrain bleibt übrig, in dem wir in der Regel die Finger nicht entbehren können, nämlich die Bauchhöhle. Die Instrumente, besonders Pincetten, müssen zum festen Fassen geeignet und so lange sein, dass sie nicht zwingen, in der nächsten Nähe der Wunde zu arbeiten; besonders verschiedene Haken, theils scharf, theils stumpf, sind nöthig, um theils flach spannen, theils tiefgreifend die Gewebe auseinanderhalten zu können. Die Unterbindungsfäden sollen kräftig sein, damit es nicht nothwendig ist, die Fäden allzukurz in der Wunde zu fassen. Auch zum Dehnen der Theile bedient man sich der Pincetten oder Roser'scher Haken. Man findet gleichsam unbewusst die Methodik im Einzelnen, wenn man erst eine Zeit lang in der gedachten Weise gearbeitet hat, besonders die Assistenten müssen sich hüten, durch directes Eingreifen (Aufdrücken des Fingers auf blutende Stellen etc.) gegen diese Grundsätze zu verstossen. K. zweifelt nicht, dass Die, welche sich die beschriebene Technik aneignen, mit ihr bei aseptischer Arbeit aseptische Erfolge erzielen werden.

No. 37. V. Chlumsky-Würzburg: **Ueber die Wiederherstellung der Beweglichkeit des Gelenkes bei Ankylose.**

Chl. sieht das Wesen der Ankylosen und Contracturen in 1. der Schrumpfung der Weichtheile, 2. in den knöchernen oder bindegewebigen Verwachsungen der Gelenkenden oder häufiger 3. in beiden. Die Verwachsung der Theile unblutig dauerhaft zu lösen, ist meist unmöglich, aber auch blutige Eingriffe können nur da zum Ziel führen, wo wir die Neubildung von Verwachsungen verhüten können (wie z. B. durch Muskelinterposition am Kiefergelenk etc.). Da für die grossen Gelenke diese Verfahren nicht möglich, so suchte Chl. durch Thierversuche zu ermitteln, ob nicht das Einlegen von Fremdkörpern (Blättchen aus Celluloid, Zinn, Billrothbattist) bewegliches Gelenk sich erreichen lasse. Nachdem nach theilweiser oder vollständiger Resection der Gelenkflächen die Fremdkörper eingelegt, vereinigte Chl. die durchtrennten Bänder wieder. Die Resultate, bezw. die Beweglichkeit waren günstige, meist wurde besonders vollständig gute Flexion erreicht und empfiehlt Chl. besonders derartige Plättchen aus resorbirbarem Material (Elfenbein, Knochenplatten, Magnesium). Die ausführliche Beschreibung der Versuche und Resultate, „die zu neuen Hoffnungen auf diesem schwierigen Felde berechtigen", soll demnächst erscheinen. Schr.

Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. 43. Bd., 1. und 2. Heft. Stuttgart, F. Enke, 1900.

1) R. Olshausen-Berlin: **Beitrag zur conservativ-chirurgischen Behandlung der Uterusmyome.**

Vortrag, gehalten auf dem 29. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, ref. in dieser Wochenschr. 1900, No. 19, S. 666.

2) Georg Burckhard-Würzburg: **Ueber die Dauererfolge der Myomoperationen.**

B. hat das klinische Material der Würzburger Frauenklinik aus den Jahren 1889—1898 in Bezug auf die Dauererfolge bearbeitet. Es handelte sich dabei um 104 Fälle mit 62 Laparotomien, 21 vaginalen Totalexstirpationen und 21 Castrationen. Die Beobachtungsdauer schwankte von 7 Monaten bis zu 9 Jahren 10 Monaten. Als Ergebnisse der ungemein fleissigen und sorgfältig gesichteten Arbeit seien die folgenden hervorgehoben:

Bei der abdominalen Myomoperation kann die Cervix erhalten bleiben (supravaginale Amputation), so lange nicht eine stricte Indication zur Entfernung des ganzen Uterus (maligne Degeneration, Vereiterung etc.) vorliegt. Die Dauererfolge aller Myomoperationen sind mit wenigen Ausnahmen gute. Bei Castrationen sind weitere Blutungen nicht zu erwarten, wenn nur alles Ovarialgewebe entfernt ist. Meist schrumpfen die Myome danach. Molimina menstrualia sind am seltensten nach Entfernung beider Ovarien, öfters bei Zurücklassung eines oder beider, gleichviel, ob der Uterus entfernt ist oder nicht. Ausfallserscheinungen sind am seltensten nach totaler Entfernung des Uterus, häufiger nach supravaginaler Amputation und Castration. Die gesunden Adnexe soll man besser nicht entfernen, da verschiedene spätere Erscheinungen dadurch gemildert werden. Für die Heilung der Bauchwunde und zur Vermeidung eines Bauchbruches nach der Laparotomie ist eine sorgfältige Etagennaht das beste Mittel.

3) H. Bollenhagen-Würzburg: **Beitrag zur Pathologie des Eierstocks.**

Eine rein anatomische Arbeit, die auf 76 Fällen basirt und vornehmlich die Befunde von Bulius und Unsleben controliren will. B. stimmt mit den Befunden der genannten Autoren überein, deutet dieselben aber anders, als Bulius. Er glaubt, dass bei Myomen des Uterus häufig chronisch-entzündliche Ovarialerkrankungen vorkommen, wo bald das Stroma allein, bald das ganze Organ befallen wird; dieselben sind aber rein secundären Charakters, nicht, wie Bulius wollte, ein specifischer Befund bei Uterusmyom.

4) Elis Essen-Möller-Lund: **Ueber einige Gefässanomalien der Placenta (Vasa aberrantia) nebst Bemerkungen zur velamentösen Insertion der Nabelschnur.**

M. berichtet über 7 Fälle von Gefässanomalien an der Placenta aus der Kopenhagener Entbindungsanstalt, darunter 4 velamentöse Insertionen des Nabelstrangs, 2 marginale und 1 excentrische Insertion desselben. Die marginal verlaufenden Gefässe wurden nach M.'s Auffassung zu Vasa aberrantia, indem die früher ebenfalls marginal gelegene Placenta atrophisch wurde, wodurch das marginale Gefäss zum Vas aberrans wird.

Für Entstehung der velamentösen Insertion der Nabelschnur stehen sich bekanntlich hauptsächlich die Ansichten von Schultze und Schatz gegenüber. M. hält die Frage noch für unentschieden.

5) Julius Heller-Charlottenburg: **Ein Fall von Kraurosis vulvae.**

Es handelte sich um eine 59jährige Virgo, die seit 10 Jahren von ihrer Krankheit Beschwerden hatte. Die Untersuchung ergab ausgesprochene Kraurosis vulvae. Durch Touchirung der Hornplaques mit Formalin und täglichen Einpinselungen mit Ichthyol erfolgte klinisch völlige Heilung. H. excidirte aus diagnostischen Gründen einen grossen Plaque und die Clitoispartie, und berichtet über das Ergebniss der histologischen Untersuchung. Er erklärt danach die Affection als einen durch verschiedene Reize ausgelösten chronischen Entzündungsprocess, der in der Tiefe zum Schwund des Collagens, Fettes und der Talgdrüsen führt, in den oberen Schichten dagegen zu hypertrophischen Processen, besonders zu einer auf normale Weise erfolgenden, also nicht parakeratotischen Hyperkeratose Veranlassung gibt.

6) Robert Meyer: **Ueber Drüsen, Cysten und Adenome im Myometrium bei Erwachsenen.** 2. Artikel.

Jaffé-Hamburg.

Centralblatt für Gynäkologie. 1900. No. 38.

1) Otto Wille-Braunschweig: **Instrument zum Selbsteinführen von Scheidentampons.**

Das Instrument ist ein Hartgummispeculum, in dem sich ein etwa 1 Pfund schwerer Bleibolzen befindet. Dasselbe gleitet durch seine Schwere leicht in die Vagina, worauf der Bolzen entfernt und dafür der Tampon eingeführt wird. Zu haben bei C. W. Hoffmeister in Braunschweig.

2) Ballin-München: **Nochmals zur Behandlung des Nabelschnurrestes nach Martin.**

Eine Erwiderung auf die Entgegnung von Rieck (cf. diese Wochenschr. 1900, No. 31, S. 1086), wonach B. an seiner Auffassung von dem Werth des Martin'schen Verfahrens festhält.

Jaffé-Hamburg.

Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten. Bd. XXXIV, Heft 3.

1) C. Sternberg-Wien: **Zur Verwerthbarkeit der Agglutination für die Diagnose der Typhusbacillen.**

Bei der Untersuchung eines auf Typhus verdächtigen Wassers züchtete Verf. 3 typhusähnliche Organismen, die von dem typischen Bilde des Typhus durch ihre Zuckervergährung und das Kartoffelwachsthum vom Coli dadurch, dass sie kein Indol bildeten und keine Milchcoagulation zeigten, abwichen. Merkwürdiger Weise wurden sie aber durch das Typhusimmunserum in ebenso hohem Grade agglutinirt wie ein zweifellos echter Typhusbacillus. Verf. schliesst daraus, dass diese Beobachtungen der Specifität der Agglutination Eintrag thun und dass besonders bei Wasseruntersuchungen zur Feststellung des Typhus das Agglutinationsphänomen allein zur Diagnose nicht genüge.

2) A. Radziewsky-Bern: **Beitrag zur Kenntniss des Bacterium coli (Biologie, Agglutination, Infection und Immunität).**

In der umfangreichen Arbeit werden nach einem historischen Rückblick die biologischen Eigenschaften der rein gezüchteten Colistämme besprochen und ihr Verhältniss zu den agglutinirenden Sera dargelegt. Weiter verbreitet sich Verf. über das Agglutinationsphänomen an und für sich und geht alsdann zur Coliinfection und Coliimmunität über. Es bietet die Arbeit eine grosse Menge erwähnenswerther Punkte, die theils eine Bestätigung schon bekannter Thatsachen bilden, theils neue Gesichtspunkte eröffnen. Es kann an dieser Stelle wegen Raummangels nicht näher darauf eingegangen und muss auf das Orignal verwiesen werden.

3) F. Neufeld-Berlin: **Ueber eine specifische, bacteriolytische Wirkung der Galle.**

Während die Galle auf die meisten saprophytischen und pathogenen Bacterien gar keine hemmende oder tödtende Wirkung ausübt, entfaltet dieselbe nach Verf.'s Untersuchungen eine stark specifische und zwar lösende Wirkung auf die Fränkel'schen Diplococcen. Diese eigenthümliche Eigenschaft zeigte die Galle des Menschen, des Meerschweinchens, des Affen, in geringerem Maasse auch die Galle des Hundes, der Ziege und der Katze. Die bacterienlösende Kraft der Galle des Kaninchens war in manchen Fällen erheblich grösser als die Kraft stark bactericider Sera. Bemerkenswerth ist, dass eine Pneumoniecultur, die Mäuse tödtete, aber für Kaninchen und Meerschweinchen nicht pathogen war, von menschlicher, Kaninchen- und Meerschweinchengalle absolut unbeeinflusst blieb; eine Thatsache, die Verf. vorläufig unerklärt lässt.

4) E. Pfuhl-Berlin: **Ueber die Messung der Temperaturzunahme in Fleischconserven, die in Compressionskesseln sterilisirt werden.**

Bei den thermoelektrischen Messungen, welche in 63 Büchsen angestellt wurden, kam ein Thermoelement zur Verwendung, welches aus Constantan-Kupferelementen und einem von Siemens & Halske gelieferten d'Arsonval-Millivoltmeter bestand. Die Ergebnisse mittels dieses Verfahrens waren sehr zufriedenstellend.

5) L. Ascher-Königsberg: **Ueber Rhodomyces erubescens, nebst einem Beitrag zur Lehre von der Disposition.**

Der schimmelpilzartige Organismus, Rhodomyces erubescenz, wurde von der Placenta, den Eihäuten, sowie von den Haaren zweier Meerschweinchenfoeten isolirt, deren Mutter mit Butter injicirt worden war. Die Verimpfung der reingezüchteten Cultur in die Lunge, Venen, Maulschleimhaut, Vulva, Trachea von Mäusen, Meerschweinchen und Kaninchen blieben erfolglos. Nur mittels einer Injection in die Uterushöhle gelang es, denselben mykotischen Process wieder zu erzeugen. Subcutane Injectionen führten dagegen zu einem negativen Ergebniss. Verf. nimmt deshalb an, dass dieser Pilz lediglich in der Fruchthöhle des Meerschweinchens infectiös wirke.

6) Eug. Fränkel-Hamburg: **Ueber Roseola typhosa.**

Verf. berichtet, dass es ihm gelungen sei, in excidirten Roseolen bei Typhuskranken im Schnitt Typhusbacillen einwandsfrei nachzuweisen. Seine Methode besteht darin, dass er die excidirten Hautstückchen noch lebenswarm in sterile Bouillon brachte und 18 Std. bei 37° aufbewahrte. Es fand so eine Anreicherung der Bacillen statt, wodurch dieselben besser sichtbar wurden. Verf. schliesst aus seinen Untersuchungen, dass die Roseolen durch metastatische Ablagerung von Typhusbacillen in den Lymphräumen der Haut bedingte Entzündungen der letzteren darstellen.

7) H. Bischoff und M. Wintgen-Berlin: **Beiträge zur Conservenfabrikation.**

Die Erfahrungen, die Verfasser bei ihren Untersuchungen in einer Conservenfabrik gemacht haben, lassen sich dahin zusammenfassen, dass es gelingt, eine sichere Sterilität bei sehr verschiedenen Temperaturen zu erreichen. Am geeignetsten erwies sich eine Temperatur von 120,5° C. und eine Dauer von 70 Min. bei 600 g-Büchsen und 50 Min. bei 200 g-Büchsen. Die Beschaffenheit des Fleisches leidet allerdings dabei, indem öfter ein Zerfasern des Fleisches beobachtet wird, doch wiegt in der Praxis der Werth einer sterilen Conserve die geringe Unannehmlichkeit vollkommen auf.

8) E. Kobrak-Breslau: **Die Bedeutung des Milchthermophors für die Säuglingsernährung.**

Verf. versuchte festzustellen, ob durch die hohen Temperaturen des Thermophors, die noch event. vorhandenen Sporen auskeimen, resp. die vegetativen Zellen sich vermehren können. Dabei zeigte sich zunächst, dass im Thermophor die Anzahl der Milchkeime niemals grösser war, als die der im Eisschrank gehaltenen Milch, ja dass sogar eine nicht unbeträchtliche Verringerung der vorhandenen Bacterienzahl eintrat.

Es gelang auch, in der rohen Milch durch die Wärme des Thermophors die Keimzahl bedeutend herabzudrücken und die Abtödtung von Tuberkelbacillen durch vierstündiges Verweilen im Thermophor zu bewirken. Danach muss der Milchthermophor als ein wesentliches Hilfsmittel für die Säuglingsernährung anerkannt werden.

9) Cl. Fermi und Tonsini-Sassari: **Die Prophylaxis der Malaria und die Vernichtung der Mosquitos auf der Insel Asinara.**

Den beiden Forschern gelang es auf Asinara, einer kleinen Insel nördlich von Sardinien, durch geeignete Maassnahmen, die Malariafälle auf ein Minimum einzuschränken. Die Vernichtung der Stechmückenlarven geschah durch Petrolisirung des Wassers, die Vernichtung der Mosquitos mittels freien Chlors oder Insectenpulver, das Beschützen der Häuser gegen Mosquitos mittels dichter Fenstereinsätze resp. durch vorausgehende Chlorräucherungen.

R. O. Neumann-Kiel.

Deutsche medicinische Wochenschrift. 1900. No. 38.

1) Max Verworn-Jena: **Das Neuron in Anatomie und Physiologie.**

Nach einem Vortrag in der gemeinschaftlichen Sitzung der medicinischen Hauptgruppe der 72. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Aachen am 19. Sept. 1900. Siehe das betreffende Referat.

2) Hugo Marx: **Zur Theorie der Infection.** (Aus der königl. chirurgischen Universitätsklinik in Berlin.)

Auf Grund der von ihm und Wolthe angestellten ausführlichen Untersuchungen über die Babes-Ernst'schen Körperchen stellt M. eine neue Infectionstheorie auf, wonach der Maassstab für die Virulenz frisch untersuchter Infectionsproducte die Zahl der Babes-Ernst'sche Körperchen führenden Mikroorganismen ist. Ein Bacterium vollzieht seinen Uebergang vom nicht inficirenden, avirulenten zum inficirenden, virulenten dadurch, dass sich in den Zellleibern seiner Individuen jene Condensation

und Localisation vollzieht, die zur Bildung der Babes-Ernst'schen Körperchen führt.

3) W. Nikitin-St. Petersburg: **Ein Fall von ausgebreiteter Aktinomykose mit Localisation im Gehirn.**

Casuistische Mittheilung.

4) Graef-Frankenhausen: **Die Einrichtung der vorderen Schulterverrenkung nach Riedel.**

Unter Mittheilung zweier Fälle macht G. auf die wenig bekannte und geübte Methode von Riedel-Jena aufmerksam, welche namentlich bei recidivirenden Fällen und solchen, bei denen die übliche Einrichtungsmethode versagt, sehr gute Dienste leistet. Bedingung für ihre Ausführung ist Narkose bis zur Erschlaffung des Gelenkes, die Technik ist äusserst einfach und besteht nur in einem kurzen raschen Anziehen des gesunden Armes nach der gesunden Beckenseite hin.

5) Alfred Egon Neumann-Berlin: **Verbesserter „Harnscheider" zum Aufsaugen der gesonderten Urine beider Nieren beim Weibe.**

Von mehr specialärztlichem Interesse.

6) **Aus der ärztlichen Praxis:**

Manfred Jaerisch-Posen: **Vorfall kindlichen Dünndarms im Verlaufe einer Geburt.**

Beschreibung einer Missgeburt.

F. Lacher-München.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. XXX. Jahrg. No. 18.

Richard Zollikofer: **Ueber den klinischen Verlauf der Diphtherie bei Serumanwendung, unter besonderer Berücksichtigung der Albuminurie.** (Aus der med. Universitätsklinik in Bern.)

Zahlreiche Tabellen (über 338 Fälle in 3¼ Jahren) ergeben die grosse prognostische Bedeutung der Albuminurie und den Werth der Serumbehandlung bei Diphtherie. Von den letalen Fällen (im Ganzen 10,0 Proc.) verliefen nur 16,7, von den Tracheotomirten (deren Mortalität 18,75 Proc. — Tracheotomia inferior) nur 17,9 Proc. ohne Albuminurie, während von allen Diphtheriefällen 42,2 Proc.. Viele üble Complicationen (gangraenöser Belag, Sepsis, Ohreiterung, Lähmung, Herzinsufficienz — diese auch ohne Degeneration, durch Hypertrophie des linken Ventrikels) sind an Albuminurie gebunden; auch besteht Uebereinstimmung zwischen Dauer der Membranen und der Nierenreizung. Die erwähnten Complicationen trafen nur Patienten, welche 2 oder mehr Tage ohne Serumbehandlung krank gelegen hatten. Neben letzterer ist noch die active Immunisation, deren Wirkung vom 5. Tage an hervortritt, und locale antiseptische Behandlung von Bedeutung.

E. Hagenbach-Burckhardt-Basel: **Ueber Decubitus und Stenosen nach Intubation.** (Schluss.)

Verfasser ist hauptsächlich im Anschluss an die Serumbehandlung (Mortalität ohne Serum 42,3 Proc., mit Serum 14,38 Proc.) von der primären Tracheotomie zur Intubation übergegangen. Doch müssen als Gefahren anerkannt werden das Hinunterstossen von Membranen, Decubitus und (daran anschliessend) Stricturen. Bei 96 Intubirten (51 einfach Intubirte mit 29,16 Proc. und 45 später Tracheotomirte mit 28,88 Proc. Mortalität) fanden sich 11 mit Schleimhautverletzungen, meist in der subglottischen Partie und an der vorderen Trachealwand. Krankengeschichten. Gründe sind: Schwere des Falles, Grösse oder Form der Tube (die O'Dwyer'schen Tuben, besonders für kleinste Kinder, sind zu gross; Bauer hat die Anschwellung der Tube weiter nach abwärts verlegt, die Tube entsprechend der Trachealbiegung abgebogen, Bild), endlich zu lange Intubationsdauer (dieselbe ist genau zu individualisiren und möglichst einzuschränken). Zur Diagnose ist locale Schmerzempfindlichkeit und Bildung eines schwarzen Ringes auf der Tube (Schwefelmetall) bemerkenswerth. Therapeutisch ist vielfach Tracheotomie oder Laryngotomie mit Narbenexcision nöthig.. Krankengeschichten. Schliesslich wird die gerippte Hartgummitube von Fischer-New-York (Bild) empfohlen.

A. Gassmann-Leukerbad: **Ueber die Betheiligung der Uterusschleimhaut bei der Vulvovaginitis gonorrhoica der Kinder.** (Aus der dermatolog. Universitätsklinik des Herrn Prof. Jadassohn in Bern.)

Verfasser entnahm (mit weiblichem Urethralspeculum und Stirnspiegel) bei 4 Fällen Cervicalsecret, fand aber in keinem Fall Gonococcen (einmal Eiterkörperchen). Pischinger.

Oesterreichische Literatur.

Wiener klinische Wochenschrift.

No. 38. 1) Th. Escherich-Graz: **Die Aetiologie der primären acuten Magendarmerkrankungen der Säuglinge bacteriellen Ursprunges.**

Vortrag, gehalten auf dem internationalen medicinischen Congress zu Paris. S. Referat d. W. No. 38, S. 1322.

2) L. Harmer-Wien: **Untersuchungen über den Tonsillotomiebelag und seine etwaigen Beziehungen zum Diphtheriebacillus.**

So gut wie alle Tonsillotomiewunden heilen unter Bildung eines Belages, von welchem H. eine genaue histologische Beschreibung gibt, und der nach ihm mit grosser Wahrscheinlichkeit als das Product der entzündungserregenden Ansiedelung zahlreicher Mikroorganismen auf der Wunde anzusehen ist. 57 Untersuchungen (31 Fälle) ergaben in erster Linie Streptococcen und Staphylococcen, 8mal den Pseudodiphtheriebacillus, niemals liess sich der Löffler'sche Bacillus, auch durch Thierversuche nicht, feststellen, den Lichtwitz in 40,7 Proc. der untersuchten Tonsillotomiefälle bei gleichzeitigem Fehlen aller klinischen Erscheinungen von Diphtherie gefunden zu haben angibt.

3) J. Elgart-Brünn: **Ein Beitrag zur Kenntniss des Scharlachs und der Masern.**

Zahlreiche Beobachtungen lassen vermuthen, dass bei den Masern und beim Scharlach die Respirationswege den Einbruch der Infection vermitteln und E. bringt dafür an dem beträchtlichen Beobachtungsmaterial des Brünner Spitales Belege bei. Hiervon ausgehend führte er, da missliche Raumverhältnisse die Vermeidung und wirksame Bekämpfung von Hausepidemien nicht gestatteten, prophylaktische Inhalationen — hauptsächlich Aq. calcis und Aq. destill. āā oder 3 proc. Acid. boric.-Lösung, täglich zweimal 5 Minuten, bei jeder Temperatursteigerung länger — bei allen Kindern durch. Mit der gebotenen Zurückhaltung glaubt er von einem Erfolg sprechen zu können, da thatsächlich bei diesem Regime keine Hausepidemie mehr auftrat und ein nach Aussetzen der Inhalationen vorgekommener Hausinfectionsfall nach deren Wiedereinführung vereinzelt blieb.

Wiener klinische Rundschau.

No. 36. S. Gabrilowitsch: **Bericht über die Dauerresultate der Behandlung von 50 Kranken.** (Kaiserl. Sanatorium für Lungenkranke in Halila, Finnland.)

Verf. legt grossen Werth auf methodische Abhärtung der Patienten, ferner auf lange Anstaltsbehandlung, macht jedoch keine Angabe über deren Dauer bei seinen Kranken. Die in Deutschland üblichen 3 Monate erscheinen ihm zu kurz. Der Bericht verwerthet die Auskünfte, welche von 50 Personen, die vor ½—7 Jahren die Anstalt verlassen haben, eingelaufen sind, und zeigt das erfreuliche Resultat, dass mehr als die Hälfte von Husten und Auswurf befreit ist, 75 Proc. in ihrem Befinden gebessert, 56 Proc. absolut, 42 Proc. relativ arbeitsfähig sind.

No. 38. A. Jungmann-Wien: **Vaccineinfection an den Lippen.**

Eine Amme zog sich von einem frisch geimpften Kinde die bisher in dieser Localisation nicht beschriebene Erkrankung zu, welche in normaler Weise ablief.

Prager medicinische Wochenschrift.

No. 37. F. Neugebauer: **Bericht über die im Allgemeinen Krankenhaus zu Mährisch-Ostrau operativ behandelten Fälle von Appendicitis.**

Verf. berichtet über 20 hier nicht zu erörternde günstig verlaufene Appendicitisoperationen und schliesst mit der Lehre, bei Beschwerden rechtsseitiger Brüche, sowie Erkrankungen der weiblichen Genitalien das Augenmerk (genaue Anamnese) auf eine etwaige larvirte Appendicitis zu richten, welche an den Beschwerden oft mehr betheiligt ist als das scheinbare Hauptleiden.

No. 38. F. Neumann: **Ein Beitrag zur Kenntniss der Haemophilie.**

Anschliessend an einen sehr schweren Fall seiner zahnärztlichen Praxis gibt N. den Stammbaum der betr. Familie, welcher vier Generationen betrifft und unter 18 Personen 9 als Haemophile ausweist: Ausser dem an einer Zahnextraction verbluteten Urgrossvater je zwei Söhne und Töchter und je zwei Enkel und Enkelinnen desselben (Kinder der einen Tochter).

Bergeat-München.

Italienische Literatur.

Die **Toxicität des Urins bei Diphtherie** untersuchte Mariotti-Bianchi (Il Morgagni No. 6, 1900). Das Ergebniss war, dass der urotoxische Coefficient bei dieser Krankheit ein abnorm hoher ist. Besonders bemerkenswerth erscheint, dass unter der Einwirkung des Diphtherieheilserums diese Toxicität in kritischer Weise abfällt und schnell normal wird. Dieser Abfall geht dem Abfall der Temperatur und der Besserung des ganzen Krankheitsbildes vorher.

Ueber **Stoffwechsel bei frischer Syphilisinfection** veröffentlicht Radaeli (Lo Sperimentale Fasc. III, 1900) eine Reihe von Untersuchungen.

Die Eiweissumwandlung zeigt sich bei frischen luetischen Processen vermehrt in einem Grade, dass der durch Urin und Faeces ausgeführte N erheblich den mit der Nahrung eingeführten N überwiegt. Bei der secundären Incubation lässt dieser N-Verlust nach: beim Ausbruch allgemeiner Symptome stellt er sich wieder ein ohne zu Temperaturerhöhung zu führen. Eine Mercurialcur soll die Eiweisszersetzung hemmen und N-Gleichgewicht herbeiführen.

Die **forensische Bedeutung der Florence'schen Spermareaction** prüfte De Crecchio (L'Arte Medica, Juli 1900). Sie ist von sicherer differentialdiagnostischer Bedeutung und der negative Befund entscheidet ohne Weiteres gegen Spermaflecke. Der positive Befund hat zu berücksichtigen, dass Kali und Ammoniak die einzigen chemischen Substanzen sind, welche eine gleiche Reaction geben können.

Ueber den **klinischen Werth der jodophilen Zellen im Blut** veröffentlicht La Franca (Rif. med. 1900, No. 158—160) seine Untersuchungsresultate. Diesen Zellen, welche bei den verschiedensten Anaemieformen gefunden werden, ist nach dem Autor nicht die schwere prognostische Bedeutung zuzusprechen, welche Hofbauer ihnen vindicirt. Sie finden sich auch in leichteren und oft heilbaren Krankheitsformen.

Nur die intensive Färbung der extracellulären Zone und die

Vergrösserung dieser extracellulären Zone scheint für schwere Anaemieprocesse zu sprechen.

Im Uebrigen ist der Befund von jodophilen Zellen im Blute keineswegs an Leukocytoseformen gebunden: man findet sie auch bei gewissen Affectionen, in welchen die Zahl der weissen Blutkörperchen abnorm niedrig erscheint.

Ueber die auffallend lange Dauer der Lebensfähigkeit von Transplantationsstückchen der Haut haben 1895 und 97 Grawitz, jüngst (Centralbl. f. Chirurg. 1900, No. 1) Wentscher überraschende Resultate veröffentlicht.

Pezzolini berichtet (Gazzetta degli osped. 1900, No. 87) über seine diesbezüglichen Experimentaluntersuchungen im Institut für allgemeine Pathologie zu Padua.

Mit gutem Erfolge konnte P. noch Hautlappen transplantiren, welche 6 Tage in physiologischer Kochsalzlösung gelegen hatten; sogar nach 10 Tagen bewahrten in der gleichen Lösung bei 10—15 Proc. einige Epithelzellen noch ihre Lebensfähigkeit und heilten an. Desgleichen blieb ein Hautlappen lebensfähig, welcher 11 Tage lang bei einer Temperatur von 0 Grad aufbewahrt war: ein Zeichen, dass niedere Temperaturen einen günstigen Einfluss auf die Lebensfähigkeit des Epithels ausüben.

Die trockene Aufbewahrung erlaubt eine viel weniger lange Lebensdauer, höchstens bis zu 2 Tagen.

Als längste Dauer der Lebensfähigkeit konnte P. 264 Stunden beim Epithel der Haut eines Hundes feststellen.

P. erwähnt dann die Resultate der Untersuchungen von Grohé und Morpurgo (die Vita propria der Zellen des Periosts, Arch. f. pathol. Anatomie u. Physiol. Bd. 155 u. 157, 1900), welche bei Ueberpflanzung von Periostlappen zu ähnlichen Resultaten kamen.

Was das Anwachsen dieser lange aufbewahrten Hauttheilchen anbelangt, so erfolgt dasselbe in gleicher Weise wie bei frischem Material, nur langsamer und mit grösserem Verlust; nicht aber, wie jüngst Enderlen behauptete, erfolgt der Ersatz durch die Granulationen des unterliegenden Gewebes, sondern die überpflanzten Epithelzellen haben ihr Leben bewahrt.

Die **Wirkung von Gelatineinjectionen, subcutan wie intravenös**, zur Stillung von parenchymatösen Blutungen, wie zur Heilung von Aneurysmen von französischen Autoren empfohlen und von italienischen bestätigt, ist in diesen Blättern wiederholt erwähnt.

Experimentell konnte Gaglio in dem Laboratorium der chirurgischen Klinik zu Messina diese Wirkung nicht bestätigen (Rif. med. 1900, No. 172). Gelatine mit Blut ausserhalb des Körpers gemischt, begünstigt in geringem Maasse die Gerinnung; sie gibt nur weiche Gerinnsel im Gegensatz zu anderen haemostatischen Mitteln.

In die Blutgefässe injicirt wurde Gelatine in starken Dosen vertragen, ohne zu Gerinnselbildung zu führen; sie verschwindet langsam aus den Blutgefässen. Das Blut, welches man nach diesen Injectionen aus den Gefässen entleert, gerinnt etwas schneller als normales Blut; das Coagulum ist aber weich, nicht hart und retractil, wie erwartet werden müsste.

Gelatine subcutan und intraperitoneal injicirt wird langsam resorbirt und wahrscheinlich allein auf dem Lymphwege. Das Blut zeigt nach solchen Injectionen keine grössere Gerinnbarkeit. Der Injectionsstich ist durch zahlreiche Leukocyten infiltrirt, welche durch die positiv-chemotactischen Eigenschaften der Gelatine angezogen worden sind.

Das **Vorhandensein eines diastatischen Ferments, welches Stärke in Traubenzucker zu verwandeln vermag**, wies Tarchetti (Gazzetta degli osped. 1900, No. 99) in den Leukocyten des strömenden Blutes, wie auch in den Eiterzellen nach.

In einer **Abhandlung über Miliaria** (Il Morgagni, Juli 1900) tritt der Kliniker Bologna's, De Giovanni, entschieden dafür ein, dass die Miliaria eine Krankheit sui generis und nicht ein Symptom des Typhus oder anderer Infectionskrankheiten sei. Der Hautausschlag sei als ein kritischer zu betrachten; von seinem richtigen Zutagetreten hänge das Wohlbefinden des Kranken ab. Für eine Reihe von Fällen mit heftigem Fieber, Kopfschmerz, Delirien empfiehlt er Abreibungen der Haut mit Eiswasser bis zum Eintritt der Euphorie und bis zu den ersten Zeichen der Hautreaction. Im Uebrigen ist bei der Therapie Berücksichtigung der verschiedenen visceralen Complicationen geboten, welche mit dem Ausbruch der miliaren Hautkrankheit verbunden zu sein pflegen.

In der Frage **der Gastroenterostomie** redet Gangitano, Assistent Tricomi's in Messina auf Grund einer Reihe von Präparaten, die nach langer Dauer an früher Operirten gewonnen wurden, der Anwendung des Murphyknopfes das Wort.

Die Vereinigung der Stümpfe soll mittels des Knopfes in besserer Weise zu Stande kommen, die Vernarbung soll eine vollkommenere sein.

Die Anwendung des Knopfes soll für den mit der Technik Vertrauten die Operation erleichtern, abkürzen und eine vollkommene Heilung garantiren.

Die Abhandlung G.'s ist durch Bilder veranschaulicht. (Il Morgagni, Juli 1900.)

Die Fälle von Milzbrandheilungen durch Sclavo'sches Milzbrandheilserum mehren sich in Italien. Jüngst berichtete aus dem Königl. Hospital zu Livorno Liscia (Gazzetta degli ospedali 1900, No. 87) über zwei geheilte Fälle.

Die Symptome waren in beiden so schwer, der Einfluss der Injectionen auf Allgemeinbefinden und Localerscheinungen ein so deutlicher, dass an dem post hoc, ergo propter hoc ein Zweifel nicht erlaubt scheint.

L. führt an, dass in der Literatur bereits über 100 mit Serum behandelte Fälle berichtet ist, von welchen nur 2 einen ungünstigen Ausgang nahmen.

Wir behalten uns vor, nach längerer Zeit in diesen Blättern wieder über die Resultate dieses Heilverfahrens zu berichten.

Hager-Magdeburg-N.

Vereins- und Congressberichte.

72. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte

in Aachen vom 16.—22. September 1900.

(Eigener Bericht.)

Referent: Dr. E. Koch.

I. Allgemeine Sitzung.

„Unser Jahrhundert ist der Triumph der Methodik. Hierin mehr als in irgend einer politischen Gestaltung ist der Sieg des demokratischen Princips zu erblicken. Die Gesammtheit rückt hierdurch höher hinauf, sie wurde leistungsfähiger. In frühen Jahrhunderten konnten nur geniale Menschen, später nur zumindest hochbegabte etwas Werthvolles leisten; jetzt kann es ein Jeder, Dank der Methode! Durch den obligatorischen Schulunterricht, gefolgt vom obligatorischen Kampf um's Dasein, besitzen heute Tausende die „Methode", um ohne eine besondere Veranlagung oder Begabung als Techniker, Industrielle, Naturforscher, Philologen, Historiker, Mathematiker, Psychologen u. s. w. an der gemeinsamen Arbeit des Menschengeschlechts theilzunehmen. Sonst wäre die Bewältigung eines so kolossalen Materials in einem so kurzen Zeitraum gar nicht denkbar."

So schreibt Houston Stewart Chamberlain am Schlusse des 19. Jahrhunderts.

Die Methode muss eine strenge Lehrmeisterin sein, weil sie ein hohes Ideal verfolgt, und bürdet daher ihren Zöglingen eine mühsame und verfängliche Arbeit auf. Um diese durchzuführen, müssen sie selbst im kleinsten Punkte die grösste Kraft sammeln, und sie sollen doch auch der Gefahr entgehen, dabei einseitig zu werden. Denn da die Fäden aus den verschiedensten Richtungen sich bald hier, bald dort kreuzen und verknoten, darf die Uebersicht über das Ganze nicht verloren gehen.

Die Naturwissenschaftler vor früher waren meist vielseitig. Lorenz Oken, einer der ersten Mitglieder unserer Wanderversammlungen, von deren 72. hier ein kleiner Bruchtheil berichtet werden soll, vereinigte in seiner Person noch eine Summe von Disciplinen, von denen jede einzelne jetzt noch mehr Vertreter für sich fordert, als Jenem Lehraufträge einzeln zu Theil geworden waren. Sie erstreckten sich insgesammt auf Medicin, Physiologie, Zoologie, allgemeine Naturgeschichte, Philosophie und Naturphilosophie. Wenn derselbe Naturforscher am Anfange des 19. Jahrhunderts den Menschen charakterisirt mit den Worten: „Theilweise ist der Mensch allen Thieren gleich, ganz aber nur sich, der Natur und Gott", so kann man sich das aus den herrschenden Zuständen und Meinungen erklären.

Die Zeit ist ein Element der Wahrheit, und die Wahrheit kommt nur langsam und gradweise, aber man muss hinzusetzen, dass, wie man das aus ihrer, wir wollen sagen, Geschichte nachweisen kann, ihre Bewegung keine gleichmässige ist, etwa — nur vergleichsweise — der eines in die Höhe geworfenen Körpers ähnlich, der, je mehr er sich von uns entfernt, an Geschwindigkeit abnimmt, um, zu uns zurückgelangend, wieder stetig schneller sich uns zu nähern. So sind die gewaltigen Fortschritte erklärlich, wenn die Arbeit möglichst mit der Wahrheit Hand in Hand geht; so ergeben sich Stillstände.

Als die Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte zum ersten Male unsere Stadt besuchte, um hier ihre 25. Versammlung, ihre erste Jubelversammlung im Laufe der Zeiten abzuhalten, hatte die Wissenschaft, deren Kämpfer und Herolde die Mitglieder stolz sich nennen durften, die Epoche des Stillstandes hinter sich. Zur Zeit der Gründung hatte man geglaubt: „Wenn mit dem Erdelement Wasser, Luft und Aether sich verbindet, so entstehen Thiere". Jetzt wurde verkündet: „Omnis cellula e cellula, dem das Omne vivum e vivo folgen sollte. Damit war der Riesenschritt gethan. Das war ein Symptom, das der Wahrheit sich wieder näherte. So häuften sich die Symptome auf allen Gebieten und die Wahrheit kam immer schneller — Dank der Methode. Man möchte sich so nach dieser Erwägung be-

müssigt fühlen, den Sätzen Chamberlain's hinzuzufügen: Das Verdienst der Methode ist es, uns der Wahrheit wieder näher gebracht zu haben, sonst wäre die Bewältigung eines so kolossalen Materials in einem so kurzen Zeitraum gar nicht denkbar.

Darauf hier speciell einzugehen, hiesse den ausgezeichneten Rednern der ersten allgemeinen Sitzung vorgreifen, welche am Morgen des 17. September im grossen Saale des Curhauses stattfand. Der Reihenfolge nach zu berichten, wie Alles kam und war, ist der vorgeschriebene Weg für Den, der ein Stück Geschichte überliefern möchte. Denn ein solches hat sich für unsere Wissenschaft wiederum abgespielt, wenn anders diese Versammlungen ein Spiegelbild von dem jeweiligen Stande der Forschung in Deutschland geben.

Einige Punkte mögen noch vorher Berücksichtigung finden. Die Stadt Aachen hat den Theilnehmern dieser Versammlung die Festschrift überreicht, ein umfangreiches, vornehm und reich ausgestattetes Buch. Interessant ist namentlich die Schilderung der historischen Entwicklung der Stadt, ihrer Baugeschichte, ihrer sanitären Einrichtungen u. s. w., so dass dem Leser ein wohlentworfenes Bild vor Augen schwebt, wie Aachen im Laufe der Zeiten zu der Stellung gelangte, die sie heute unter ihren Schwestern des Rheinlandes würdig behauptet. Mit besonderer Sorgfalt sind die den Naturforscher und Arzt anregenden Capitel ausgearbeitet, ohne dass die der Kunst und humanitären Bestrebungen stiefmütterlich behandelt worden wären, die hier, trotzdem man diesen Bestrebungen der Stadt von anderer Seite oft die Anerkennung versagen wollte, in ihrer Art stets eine Heimstätte fanden. Es mag nur an die von manchen anderen Verwaltungen zum Muster genommene Armenpflege erinnert werden.

Die Zahl der Theilnehmer hat die Zahl 1000 überstiegen. Während die vielgeplagten Ausschuss- und Vorstandsmitglieder sich schon am Sonntag Nachmittag in dem behaglichen Saale des Burtscheider Curhauses zusammengefunden hatten, um bei einem gemüthlichen Diner einige Stunden der Ruhe zu pflegen, kam die Mehrzahl der Gäste am Abend dieses Tages im grossen Saale des Aachener Curhauses zusammen, wo ihnen ein fröhlicher Empfang bereitet wurde. Die schnell wachsende Feststimmung leistete schon eine genügende Gewähr für wohlgemuthes Erwarten der Arbeit und des Genusses der nächsten Tage. Jedenfalls überbrückte dieser Abend manche Kluft, die uns von den „fremden Forschern" trennte und am folgenden Morgen, am ersten allgemeinen Sitzungstage, sah man schon „bekannte" Gesichter wieder. Der Saal hatte dafür ein anderes Exterieur angenommen. Statt der gemüthlichen Tische lange Stuhlreihen, statt der heiteren Musik unterdrücktes Flüstern, statt der in Duft schwimmenden Glühlampen helle Sonne, und die brachte es denn zu Stande, dass bei allem Ernste alles freundlich war, und sie wirkte wie ein Symbol, denn gerade wir Naturforscher „bekennen uns zu dem Geschlechte, das aus dem Dunklen in's Helle strebt".

Geheimrath Prof. Dr. Wüllner, der als erster Geschäftsführer die Sitzung mit einer Begrüssungsrede eröffnete, berührte kurz, welche Anerkennung die deutsche Technik noch vor Kurzem auf der Pariser Weltausstellung erfahren habe, um dann auf die Jubelversammlung einzugehen, die im Jahre 1847 wie die damalige Zeit selbst eine bedeutsame gewesen sei. Virchow habe in diesem Jahre in Berlin den Lehrstuhl bestiegen und zum ersten Male hier in Aachen die Resultate seiner Forschungen mitgetheilt. Wir stehen jetzt an der Schwelle eines neuen Jahrhunderts und in Bezug auf die Entwicklung der Völker an einem bedeutsamen Zeitpunkte. Der Kampf der westlichen Culturmächte gegen das Mongolenthum habe seinen Anfang genommen, den Meisten unerwartet, unser Kaiser aber habe ihn vorausgesehen, als er das Wort sprach: „Völker Europas, wahret eure heiligsten Güter!" Wenn der Kaiser auch Truppen und Schiffe nach China geschickt habe, so sei er doch ein Mann des Friedens, da er die Hoffnung ausgesprochen habe, dass der gemeinsame Kampf die Völker einander näher bringen werde. Die Rede klang aus in ein Hoch auf den Kaiser, der ausserdem durch ein Huldigungstelegramm davon Kenntniss hielt.

Nachdem die übliche Begrüssung der Versammlung Namens der Staatsregierung stattgefunden und Oberbürgermeister Veltman als Vertreter der Stadt Aachen eine Ansprache gehalten, in der er es als ein gutes Omen bezeichnete, dass die deutschen Naturforscher des neuen Jahrhunderts zuerst in Aachen tagten, hiess Rector v. Mangoldt die Versammlung Namens der technischen Hochschule willkommen. Der erste Vorsitzende der Gesellschaft, Geheimrath Prof. Dr. Leube-Würzburg, dankte den Rednern und hob weiter hervor, welche ungeheueren Anstrengungen seitens der Naturforschung im verflossenen Jahrhundert erforderlich gewesen seien, um Licht in die herrschende Dunkelheit zu bringen und der Freiheit des Denkens zum Siege zu verhelfen. „Vergessen wir nicht, dass wir nur fortsetzen, was die Vorgänger begonnen haben, und dass es an uns ist, die empfangene Fackel hochzuhalten und weiter zu begeben, unserer grossen Verantwortung bewusst, zum Heil und Segen der Menschheit", so schloss der Redner.

Die nun folgenden Vorträge waren derart ausgewählt, dass sie zusammen mit den Begrüssungsansprachen einen Rückblick auf die Entwicklung der Naturwissenschaften und der Medicin im 19. Jahrhundert geben.

Als erster Redner sprach Prof. Dr. **van t'Hoff**-Berlin: **Ueber die Entwicklung der exacten Naturwissenschaften** (Physik, Chemie und der sich daran schliessenden Zweige). Wie weit es die Physik in der Verwandlung der Arbeit, die Chemie in der Verwandlung der Materie gebracht, wie die Auffassungen des Jahrhunderts fortgeschritten sind in der Erklärung des Schalles, des Lichtes, der Wärme und der Elektricität, zu welch' immer grösserer Bedeutung das Princip von der Erhaltung der Arbeit in Bezug auf die mechanische Wärmetheorie und die Fortpflanzungserscheinungen im Luftmedium, bezw. im Aether gelangt sind, Alles das des Genaueren hier wiederzugeben kann nicht die Aufgabe eines Mediciners sein. Der Vortragende gedachte weiter der nicht sichtbaren Strahlen, der Hertz'schen Wellen, der Röntgenstrahlen, der Untersuchungen zur Auffindung der Elemente, der Fortschritte der Analyse und der Förderung der Synthese. In Bezug auf Quantität der Stoffe gelangte man zu neuen Gesetzen über die atomistische Theorie, gefördert durch genaue Wägungen und Spectralanalysen und andere physikalische Methoden und durch die Mitwirkung von Mathematik und Mechanik auf Physik und Chemie. Astronomie, Meteorologie, Geologie haben, wie die allgemeine Wissenschaft, im vergangenen Jahrhundert wesentliche Fortschritte gemacht durch Aufstellung neuer Gesetze über das Weltall und richtigere Auffassung der Vergangenheit und Zukunft unseres Erdballs.

Anknüpfend an diesen Vortrag sprach sodann Geheimrath Prof. Dr. **Hertwig**-Berlin über: **Die Entwicklung der Biologie im 19. Jahrhundert**.

So glänzende Erfolge, wie sie die Kenntniss der Naturkräfte und deren technische Beherrschung, welche das Leben der Culturvölker von Grund aus umgebildet hat, zeitigte, hat zwar die Biologie nicht aufzuweisen. Aber an allgemein wissenschaftlicher Bedeutung und an Tragweite für die Cultur des Menschengeschlechts ist sie hinter den chemisch-physikalischen Wissenschaften nicht zurückgeblieben, wenn man bedenkt, dass der Einblick in den Bau, die Entstehung, die Lebensprocesse der Organismen uns auch die Welt der Lebewesen der Herrschaft unseres Geistes unterwerfen lehrt und dass auf der anderen Seite die Biologie uns über unsere eigene menschliche Natur in körperlicher wie geistiger Beziehung aufklärt und entsprechend diesen Fortschritten auch unsere religiösen, moralischen und socialen Vorstellungen beeinflusst und dadurch ebenfalls weltbewegende Kräfte wachruft.

Bei der unendlichen Grösse des biologischen Gebietes können die hauptsächlichsten Fortschritte nur kurz skizzirt werden.

Die grossen Anatomen des 16. und 17. Jahrhunderts gaben mit Messer und Scheere, mit dem Einblick in die zahlreichen Organe des menschlichen Körpers die wissenschaftliche Grundlage. Mit dem zusammengesetzten Mikroskop ausgerüstet, errang der biologische Forscher die grössten Siege auf dem Gebiete der mikroskopischen Anatomie, deren grösste Errungenschaft die Entdeckung der kleinsten Elementarorganismen ist, welche Pflanzen und Thiere aufbauen. Anatomie und Physiologie haben durch die Zellen- und Protoplasmatheorie ein festes Fundament erhalten, ähnlich wie die Chemie durch die Lehre von den Atomen und Molecülen. Wenn Pflanzen und Thiere gewissermaassen Zellstaaten bilden, so lag es nahe, das Gesetz der Arbeitstheilung und Differenzirung der menschlichen Gesellschaft zur Aufklärung des Körperaufbaues heranzuziehen (Milne Edwards, Spencer) und die Histologie (Lionel Beale und Max Schultze) erkannte bald die Verschiedenheit der Zellen in ihrer feineren Structur je nach diesen besonderen Vorrichtungen.

Sodann gestattete das Mikroskop einen Einblick in die Welt der einfachsten einzelligen Organismen. Schon die Entdeckungen Ehrenberg's, dass ganze Erdschichten ihren Ursprung solchen kleinsten Lebewesen verdanken, wurde viel bewundert. Viel wichtiger aber waren die Entdeckungen der drei grossen Forscher de Bary, welcher durch seine Methoden für das Studium der Pflanzenkrankheiten, sowie Pasteur und Robert Koch, welche für das ungeahnt grosse, in 2—3 Decennien entstandene Gebiet der Bacteriologie bahnbrechend wurden, der Eine als Chemiker und Biologe, der Andere durch die experimentelle Methode. Es ist nicht das geringste Verdienst der neuen Wissenschaft gewesen, wenn sie zu dem Satze gelangten: Omne vivum e vivo.

Dies trug dazu bei, die Kluft zwischen der belebten und unbelebten Natur wieder zu vertiefen, die man durch die Generatio aequivoca schon ausgefüllt zu haben glaubte. Aber die neue Erkenntniss führte auf der anderen Seite zu dem genauen Studium der Zelle als Organismus für sich, aus zahlreichen Lebenseinheiten zusammengesetzt. Und hier liegt auf's Neue eine kleinste Welt des Lebens verborgen.

Dass die Zelle ein hoch zusammengesetzter Elementarorganismus ist, dafür spricht die Rolle, die sie als Ei- und Samenzelle bei dem Entwicklungsprocess der höheren Pflanzen und Thiere spielt, indem sie der Träger der die Organismenarten von einander unterscheidenden Eigenschaften, der Erbmasse und des Idioplasmas ist.

Hier ist der dritte grosse Fortschritt der Biologie zu suchen in der Frage der Entwicklung des Organismus, die eigentlich zwei Fragen in sich schliesst. Die nach der individuellen Entwicklung (Ontogenie) hat die Embryologie nach der morphologischen Seite hin im grossen Ganzen aufgeklärt seit den Tagen Pander's und Carl Ernst v. Baer's. Die Entstehung der Keimblätter durch wiederholte Theilung einer ursprünglichen Zelle, aus welcher die Organe ihren Ursprung herleiten, die Bildung des vollendeten Geschöpfes durch Vergesellschaftung der sich vermehrenden Zellgemeinden nach vielen Metamorphosen sind bleibende Errungenschaften der Wissenschaft.

Dagegen bewegte man sich in dem Bereiche der Hypothese bei der zweiten Frage: Wie sind die heute lebenden Organismenarten im Laufe der Erdgeschichte entstanden (Phylogenie)? Eine kritische Beleuchtung des Darwinismus, der Descendenz- und noch mehr der Selectionstheorie beweist dies. Es wird auf die Schwierigkeiten hingewiesen, mit denen die Forschung zu kämpfen hat bei dem Versuch, sich aus den spärlichen Resten vorweltlicher Thiere ein Bild von der Vorfahrenkette eines heute lebenden Organismus zu machen. Ueberhaupt sei die Entstehung der Organismenwelt aus natürlichen Ursachen ein ausserordentlich verwickeltes und schwieriges Problem. Erklärungsformeln, wie: Kampf um's Dasein, Auswahl der passenden Selection seien doch sehr unbestimmte Ausdrücke, die einen reellen wissenschaftlichen Werth erst durch die Art ihrer Verwendung in einem concreten Falle gewinnen. Indem Weismann die Allmacht der Naturzüchtung verkündete, sah er sich gleichzeitig zu dem Geständniss genöthigt: „Wir können den Beweis, dass eine bestimmte Anpassung durch Naturzüchtung entstanden ist, für gewöhnlich nicht leisten", das heisst nichts Anderes, als: wir wissen in Wahrheit nichts von dem Ursachencomplex, welcher die bestimmte Erscheinung hervorgerufen hat. „Ohnmacht der Naturzüchtung" lässt sich daher mit Spencer entgegnen. In diesem wissenschaftlichen Streit, mit dem unser Jahrhundert schliesst, muss man wohl unterscheiden zwischen Entwicklungslehre und Selectionstheorie. Beide stehen auf einem sehr verschiedenen Grund und Boden. Denn mit Huxley können wir sagen: „Wenn die Darwin'sche Hypothese auch weggeweht würde, die Entwicklungslehre würde noch stehen bleiben, wo sie stand."

Der Redner betritt nun das Gebiet der Physiologie. Der Satz: was für den Anatomen das Mikroskop, ist für den Physiologen das planmässig durchgeführte Experiment, gibt Gelegenheit, sich gegen die in Laienkreisen vielfach verbreitete Antivivisections-Bewegung zu richten, welche auf einer übel angebrachten Empfindsamkeit beruht. Denn das Bell'sche Gesetz, die Kenntniss der verschiedenen nervösen Leitungsbahnen, der Einblick sogar in die Function des Gehirns durch localisirte Verletzungen und die damit gewonnene Entdeckung besonderer Centren (Athmung, Gefässe, Sprache, Sch-, Hör-, Fühlsphäre) verdanken wir nur diese Methode und vielleicht noch mehr dem Thierversuch, bei dem es keiner Vivisection bedarf, wenn es sich um das Studium der Einwirkung chemischer Körper auf den Organismus handelt oder um Krankheiten, welche durch das Eindringen fremder parasitischer Lebewesen als Krankheitserreger hervorgerufen werden.

Als besonders erfolgreich wird die chemische und physikalische Richtung der Physiologie, welcher die grössten Physiologen, Helmholtz, Du Bois-Reymond, Claude Bernard, Ludwig u. A., angehört haben, bezeichnet und näher charakterisirt, zugleich aber hervorgehoben, dass die Vorherrschaft der chemisch-physikalischen Richtung zur Folge hatte, dass von den Physiologen mit wenigen Ausnahmen mit Vorliebe nur solche Gebiete, die einer chemisch-physikalischen Forschungsweise zugänglich waren, bearbeitet, andere dagegen, wie die Physiologie der Entwicklung und Zeugung etc. fast ganz unbeachtet gelassen wurden. Um so eifriger nahmen sich ihrer Anatomen, Zoologen und Botaniker an; sie drangen in die Lebenserscheinungen der Zelle, des Protoplasma und des Zellkerns tiefer ein, sie klärten den geheimnissvollen Befruchtungsprocess in allen seinen Phasen auf, entschieden so endgiltig den alten Streit der Animalisten und der Ovisten und wagten, für das Problem der Vererbung das Fundament zu legen. So erstarkte neben der chemisch-physikalischen Schule der Physiologie eine anatomisch-biologische Richtung, welche durch mikroskopische Forschung unseren Einblick in das Leben zu vertiefen sucht. Nach der Ansicht des Vortragenden wird die anatomisch-biologische Richtung im neu anbrechenden Jahrhundert berufen sein, die materialistisch-mechanistische Lehre, dass die Erforschung des Lebens nichts anderes sei als ein chemisch-physikalisches Problem, ebenso unzulänglich zu erweisen und einzuschränken, wie die chemisch-physikalische Richtung der Physiologie mit Wöhler's Entdeckung anfangend die Herrschaft der vitalistischen Irrlehre erschütterte. Denn, „wenn es die Aufgabe des Chemikers ist, die zahllosen Verbindungen der verschiedenartigen Atome und Molecüle zu erforschen, so kann er, streng genommen, überhaupt nicht dem eigentlichen Lebensproblem näher treten. Denn dieses beginnt ja überhaupt erst da, wo seine Untersuchung aufhört. Ueber dem Bau des chemischen Moleculs erhebt sich der Bau der lebenden Substanz als eine weitere, höhere Art von Organisation, erhebt sich der Bau der Zelle, und über diesem erhebt sich wieder der Bau der Pflanzen und Thiere, die noch complicirtere, kunstvolle Vereinigungen von Millionen und Milliarden in der allerverschiedenartigsten Weise zusammengeordneter und differenzirter Zellen darstellen." Genau in demselben Verhältniss steht die Physik zur Biologie, wenn sie argumentirt: In den Lebewesen, in einer Zelle, sind keine anderen Kräfte thätig als die, welche die Atome der Zellen. Kohlenstoff, Wasserstoff, Sauerstoff, Stickstoff, Phosphor u. s. w. ausserhalb der Zelle entfaltet haben würden. „Haben die Atome aber keine anderen Kräfte entfaltet, so sind eben alle Vorgänge in der Zelle physisch-chemischer Art, wie in einem Reagensglase." Dagegen ist zu bemerken, dass der Begriff „Atom" nur eine für die gegenwärtige Wissenschaft nützliche Fiction ist, dass man von der Summe der Eigenschaften und Kräfte eines „Atoms an sich" nichts weiss, noch weniger aber davon, wie aus den Eigenschaften und Kräften verschiedener Atomarten die Eigenschaften und Kräfte ihrer Verbindungen hervorgehen. Daher ist es besser, Begriffe, wie „Atom" und „Kraft" gänzlich aus dem Spiele zu lassen und sich an ihre Wirkungen zu halten.

Im Laufe dieser Ausführungen wird auch geltend gemacht, dass sich wissenschaftliche Erkenntniss nicht bloss von unten nach oben, sondern ebensowohl auch von oben nach unten bilde, dort vom Einfachen zum Zusammengesetzten, hier vom Zusammengesetzten zu dem Einfacheren vordringend.

Ferner wird darauf hingewiesen, dass der Standpunkt, Alles in der Welt sei Physik und Chemie, gewöhnlich mit einer grossen Ueberschätzung des chemisch-physikalischen Wissens verbunden ist. Wie schon Nägeli in seinem Vortrag: „Die Schranken der naturwissenschaftlichen Erkenntniss" 1877 gezeigt habe, sei das Einfachere durchaus nicht immer das besser Bekannte, und die Natur in ihren einfacheren unorganischen Erscheinungen biete der Naturforschung dieselben Schwierigkeiten dar, als bei der Frage nach dem Zustandekommen der Empfindung und des Bewusstseins aus materiellen Ursachen.

Schliesslich wird noch die Frage erörtert, ob es überhaupt die Aufgabe des Naturforschers sei, die Welt nach einer allgemeinen Formel begreiflich erscheinen zu lassen. Ist es nicht besser, sich zu bescheiden bei dem Standpunkte, dass die Welt erforschbar ist, dass aber für uns Kinder der Gegenwart das Reich des Unerforschten tausendmal grösser ist als das des Erforschten? Dann wird man auch den Sätzen Carl Ernst v. Baer's zustimmen, die kurz, treffend und schön das Wesen der Wissenschaft bezeichnen: „Die Wissenschaft ist ewig in ihrem Quell, nicht begrenzt in Zeit und Raum in ihrer Wirksamkeit, unermesslich in ihrem Umfang, endlos in ihrer Aufgabe, unerreichbar in ihrem Ziele."

„Besonders", so schloss der Redner, „gilt dies von der Biologie, der Wissenschaft vom Leben. Ihre Aufgabe ist eine der schwierigsten. Ihr Gebiet dehnt sich nach allen Richtungen hin aus, mit den verschiedensten anderen Wissenschaften in engere Beziehungen tretend. In der einen Richtung auf Chemie und Physik gestützt wird sie zur Biochemie und Biophysik. In entgegengesetzter Richtung gewinnt sie wieder Fühlung mit den Geisteswissenschaften, die sich auf rein menschliches Wesen beziehen, auf Psychologie und Sociologie, mit Ethik und Religion. Materielle und geistige Welt werden durch sie in Verbindung gesetzt. Und so wird die Biologie im neu anbrechenden Jahrhundert, wenn ihre Vertreter frei von dogmatischen Fesseln jeder Art das Reich des Unerforschten in das Reich menschlicher Erkenntniss umzuwandeln fortfahren werden, an der inneren Cultur des Menschengeschlechts in hervorragender Weise mitzuwirken berufen sein, es auf eine höhere Stufe intellectueller Einsicht, sowie socialer und moralischer Lebenshaltung erhebend; sie wird so die Zeit mit herbeiführen, wo die wunderbaren Fortschritte, welche das 19. Jahrhundert auf chemisch-physikalischem Gebiete durch die technische Beherrschung der Naturkräfte gebracht hat, kommenden Generationen erst zum vollen Segen gereichen."

Nachdem der Beifall der gespannt lauschenden Festtheilnehmer verrauscht war, nahm der dritte Redner des Tages, Geheimrath Prof. Dr. **Naunyn**-Strassburg, das Wort zu seinen Ausführungen über: **Die Entwicklung der inneren Medicin, einschliesslich der Hygiene und Bacteriologie im 19. Jahrhundert.**

Ich bin in der Lage, ein Autoreferat des Vortrages hier folgen zu lassen:

Es ist unrichtig, dass das 19. Jahrhundert die Medicin zur Naturwissenschaft entwickelt hat. Einerseits haben die Aerzte seit Hippokrates stets gewusst, dass die Heilkunde im Studium der Natur gedeihen könne, andererseits ist die Medicin auch im 18. Jahrhundert keine Naturwissenschaft geworden, und sie wird es auch nie werden, denn ihre humane Seite zwingt sie, über die Grenzen ihres Könnens hinauszugehen. Es ist der Wunsch, den Kranken zu heilen, der den Arzt treibt, die Lücken seiner Kenntnisse durch oft unreife Hypothesen zu überbrücken. Vor 100 Jahren, im Beginn des 19. Jahrhunderts, hatte die Lust an der theoretisirenden Speculation das Feld ganz gewonnen; Lust und Sinn für naturwissenschaftliche Arbeit war den naturphilosophischen Aerzten dieser traurigen Zeit völlig abhanden gekommen. Sie meinten und sprachen es geradezu aus, was sich durch Beobachtung und Sammeln von Erscheinungen lernen liesse, daran hätten sie mehr wie genug, ihre Aufgabe sei jetzt, auf diesem Schatze von Erfahrungen weiter zu bauen. Sie schufen Systeme von Krankheiten und alles kam darauf an, die Stellung der einzelnen Krankheit „im System" zu bestimmen. War das geschehen, so waren damit ihre Ursache, ihre Symptome und auch die Therapie gegeben! Aehnlich sah es, wie Helmholtz bezeugt, noch bis ungefähr 1840 in Deutschland aus und 20 Jahre später (1860) stand die deutsche Medicin nicht nur der französischen und englischen gleichberechtigt, sondern führend da. Es geschah mit dem Erscheinen des Lehrbuches der Physiologie von Johannes Müller, eines jener Bücher, welche die Arbeit von Generationen zusammenfassen, um neuen Generationen den Weg ihrer Arbeit zu weisen, dass die deutsche Medicin sich plötzlich wieder ihres naturwissenschaftlichen Blutes bewusst wurde, und mit Stolz betont die zu neuem naturwissenschaftlichen Leben erwachte Heilkunde ihre physiologische Grundlage.

Schon einmal, kaum ein Jahrhundert früher, war unter Haller ein solcher Anlauf unter der Führung der Physiologie gemacht, der dann im Brownianismus sein klägliches Ende fand. Diesmal zeigte sich die praktische Medicin reif, dem allgemeinen Aufschwung der Wissenschaft zu folgen; durch die Einführung der Auscultation und der pathologischen Anatomie in der Klinik war das erreicht. Die Einführung der Auscultation in die physikalische Diagnostik verdanken wir dem grossen Franzosen Laënnec, und auch der Aufschwung der pathologischen Anatomie beginnt mit ihm. Doch waren es erst Rokitansky und schliesslich Virchow, welche die pathologische Anatomie selbständig und für lange Zeit führend machten.

Das Selbständigwerden der pathologischen Anatomie ist das Signal zur Gliederung der Heilkunde in die zahlreichen Einzeldisciplinen, in die sie heute zerfällt. Diese Gliederung — Zersplitterung — war nicht nur ein nothwendiger Entwicklungsact, sondern sie stellt den entscheidenden Fortschritt dar und den Grund für die besondere, führende Stellung, welche die deutsche Medicin seitdem eingenommen hat. Denn Deutschland ging in dieser Beziehung voran, und noch heute ist in Deutschland für die Pflege der Einzeldisciplinen durch Errichtung von gesonderten Instituten und Laboratorien das meiste geschehen. Diese wissenschaftlichen Anstalten und Laboratorien aber sind es, in denen die Mediciner selbständige naturwissenschaftliche Arbeit lernen.

Mit den neuen Methoden, welche Physiologie, pathologische Anatomie, Histologie, physiologische Chemie uns gaben, ging nun die Klinik an das Studium der Krankheiten, um die Krankheitsbilder symptomatisch auszubauen. Der physiologischen Periode folgte die an glänzenden Erfolgen reiche casuistische Periode der Nosographie, in der die klinische Medicin erst ihre Blüthezeit erreicht. Auf das Studium der Krankheitsursachen kam man erst später wieder zurück; waren es doch die vorzeitigen Versuche, das Wesen, die Ursachen der Krankheiten zu finden, welche die medicinische Welt von Paracelsus bis Brown in's leere Theoretisiren getrieben hatten.

Die aetiologische Periode unserer modernen Aera beginnt nicht eigentlich mit Pettenkofer, den man als den bewussten Begründer der Hygiene als einer selbständigen Wissenschaft bezeichnen kann, sondern mit dem Auftreten der Bacteriologie. Drei Männer sind es, die als die Begründer dieser bedeutendsten unter den jüngeren Zweigen der Heilkunde genannt werden müssen: Der Deutsche Schwann, der Franzose Pasteur und der Engländer Lister; das Hauptverdienst gebührt unzweifelhaft Pasteur. Die Pflanze, die Pasteur gepflanzt und gepflegt, sie trug dann in den Arbeiten Rob. Koch's die schönsten Früchte. Koch war es, der durch seine Methode und seine Entdeckungen der Bacteriologie ihre Fruchtbarkeit, ihre Popularität gab.

Kein anderer Zweig der wissenschaftlichen Heilkunde hat so unmittelbare und so grossartige therapeutische Erfolge gezeitigt wie die Bacteriologie; die Bedeutung der mittlerweile zur Asepsis entwickelten chirurgischen Antisepsis, die Lister ihr in die Wiege legte, ist unerreicht, und die Serumtherapie der Diphtherie, welche in einem Siegeslauf von unerreichter Schnelligkeit die Welt erobert hat, ist nichts anderes wie die praktisch gewordene Immunitätslehre.

Hier müssen die wenigen Beispiele, wie das Wissen zum therapeutischen Können geworden ist, genügen. Aber nicht nur auf dem Gebiete der Therapie, nicht nur im Heilen der Kranken liegen die praktischen Erfolge der wissenschaftlichen Medicin, unser diagnostisches Können ist gewaltig gewachsen. Zum Theil ist das eine selbstverständliche Folge der Entwicklung der Nosographie. Die vertiefte Kenntniss der Krankheiten und der Symptome, die sie machen, muss uns befähigen, sie um so früher und sicherer zu erkennen, zu diagnosticiren. Ich erinnere nur an die Sicherheit, welche der Nachweis des Tuberkelbacillus im Auswurf, des Cholerabacillus in den Dejectionen, der Diagnose dieser Krankheiten, nur an die Bedeutung, welche gewisse chemische Reactionen, z. B. die Diazoreaction für die Beurtheilung gewisser fieberhafter Krankheiten, die Gerhardt'sche Reaction für gewisse Fälle von Diabetes mellitus hat. Viel wichtiger aber noch sind die zahlreichen neuen diagnostischen Methoden, welche uns dies Jahrhundert gebracht. Von Interesse ist es, dass alle diese neuen diagnostischen Methoden, allerdings mit Ausnahme der ältesten, der Laënnec'schen Auscultation, vom Augenspiegel bis zu den Röntgenstrahlen, sich an den Gesichtssinn wenden. Man kann geradezu sagen, die Entwicklung der modernen Dia-

gnostik geht dahin, das Gesicht, diesen sichersten und ergiebigsten unserer Sinne, zur Geltung zu bringen.

Sicher hätte die Heilkunde diese praktischen Errungenschaften nicht alle gemacht ohne die Gliederung in zahlreiche Einzeldisciplinen, sicher aber hätte sie das nicht erreichen können, wenn nicht die Industrie mit ihren gewaltigen Hilfsmitteln sich bereitwilligst in ihren Dienst gestellt hätte. Es wäre undankbar, das nicht auszusprechen, doch muss auch daran erinnert werden, dass es der sicheren Entwicklung der Heilkunde ernsten Schaden zu bringen droht, wenn sich Industrielle mit dem gebräuchlichen, so wirksamen Mittel der Reclame gar zu laut herandrängen.

Auch die deutsche Heilkunde hat sich in ihrer Entwicklung in diesem 19. Jahrhundert ihrer Zeit werth gezeigt. Ihr Aufschwung geht Hand in Hand mit unserem nationalen Aufschwung, ohne aber dessen Folge zu sein. Er stellt eine selbstständige Aeusserung des Genius unserer Nation dar, denn in seinen wichtigen Vorgängen hat er sich vor 1870, ja sogar vor 1860 vollzogen.

Es ist nicht der Geist eines Mannes oder weniger Männer, der die Entwicklung der Medicin im 19. Jahrhundert bestimmt, sondern es ist der unerschöpfliche Boden des Volksgeistes, aus dem sie erwächst; und das gibt uns die bessere Gewähr für die Zukunft. Neben den gereiften Zweigen, die bereits werthe Früchte tragen, spriesst neues kräftiges Grün in Fülle — so braucht uns auch um die Ernte im kommenden Jahrhundert nicht zu bangen.

Zum Schluss hielt Hofrath Prof. Dr. **Chiari**-Prag einen Vortrag über **die Entwicklung der Pathologie mit Berücksichtigung der äusseren Medicin**. Der Vortragende gab im grossen Ganzen einen Rückblick über die Entwicklungsgeschichte der pathologischen Anatomie, deren grossartiger Aufschwung in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts vor Allem Rokitansky und Virchow zu verdanken sei. Nachdem der Redner noch kurz die bacteriologische Forschung gestreift hatte, schloss er mit dem Wunsche, dass die pathologische Anatomie auch im kommenden Jahrhundert noch weiter fortschreiten möge zum Besten der Leidenden.

Damit war die erste allgemeine Sitzung zu Ende, gewiss die imposanteste von allen, die sich denen früherer Zusammenkünfte würdig anreihte. K.

25. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege

zu Trier, vom 13. bis 15. September 1900.

(Eigener Bericht.)

II.

Am 2. Tage der Versammlung erhält Herr Prof. Dr. **Prausnitz**-Graz als Erster das Wort: **Ursachen und Bekämpfung der hohen Säuglingssterblichkeit.**

Prausnitz geht davon aus, dass die Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahr eine enorm grosse Zahl von Opfern erfordere und daher ein allgemeines Interesse erheische. Unter den Krankheiten, an welchen die Kinder im ersten Lebensjahr sterben, spielen die Magendarmerkrankungen eine überwiegende Rolle; sie übertreffen sogar die Sterblichkeit an Deutschlands grösster Seuche, die der Tuberculose. Man ist durch diese enormen Zahlen veranlasst worden, der Sache näher zu treten und nach dem Grunde dieser hohen Sterblichkeit zu fahnden. Die Statistik hat nun festgestellt, dass 1. die Jahrescurve dieser Sterblichkeit erhebliche Schwankungen zeigt; ein sehr grosser Bruchtheil stirbt in den Monaten Juli bis September; 2. die Mehrzahl der Todesfälle Kinder der ersten beiden Lebensmonate betrifft; 3. die gestorbenen Säuglinge zum bei Weitem grössten Theil künstlich ernährt waren. Bei Brusternährung ist diese Curve am Anfang besser als bei künstlicher; ferner hat sich noch ergeben, dass zu den im ersten Lebensmonat gestorbenen Kindern die unehelich geborenen procentualisch das grösste Contingent stellen.

Aus diesen statistischen Erhebungen ist der Schluss gezogen worden, dass die künstliche Ernährung mit der in den Sommermonaten dem Verderben besonders leicht ausgesetzten Milch die Ursache der hohen Säuglingssterblichkeit ist und es wurde auf die verschiedenste Weise versucht, die künstliche Säuglingsernährung derart zu gestalten, dass sie der Ernährung an der Brust möglichst gleichkommt. Die Versuche betrafen die Herstellung a) einer sterilen (Soxhlet), b) einer in chemischer Beziehung der Muttermilch möglichst gleich zusammengesetzten Nahrung. Im Falle die Milch nicht ganz steril ist, muss wenigstens dafür gesorgt sein, dass die zurückgebliebenen Keime sich nicht bis zu einer erneut eintretenden Fähigkeit schädlich zu wirken, vermehren können. Um chemisch die Milch möglichst der Muttermilch gleich zu bringen, hat man die Milch mit Wasser verdünnt, den Caseingehalt, der bekanntermassen bei der Kuhmilch zu hoch ist, herabgesetzt, den durch die Verdünnung zu Verlust gegangenen Fettgehalt durch Zusatz von Zucker zu decken gesucht. Bei gesunden Kindern kommt man hiermit ganz gut durch, kaum dagegen bei kranken Kindern.

Der Erfolg aller dieser Bestrebungen ist jedoch bis jetzt kein günstiger; die Sterblichkeit hat sich in den letzten Jahren nur wenig geändert. Heruntergegangen ist wohl die allgemeine Sterblichkeit der Kinder, aber nicht die an Magendarmkrankheiten. Verursacht wurde ersteres, wie sich nachweisen lässt, besonders durch allgemeine hygienische Maassregeln, als Canalisation, Wasserleitung, Erbauung von Schlachthöfen etc., welche in den einzelnen Städten durchgeführt wurden.

Genauere Forschungen haben desshalb weitere Klärung zu schaffen gesucht und festgestellt, dass die Wohnungen, bezw. alle in den Begriff Wohlhabenheit zusammenzufassenden Verhältnisse (Nahrung, Pflege, Wohnung) für die Mortalität der Säuglinge entscheidend sind. Es ist daher erklärlich, dass die meisten Sterbefälle an Magendarmerkrankungen vor Allem bei den ärmeren Classen vorkommen. Prausnitz stellte 4 Classen der Wohlhabenheit auf: Reiche, Mittelstand, Arme, Nothstand. In Graz fand sich, wenn die Sterblichkeit auf die 4 genannten Classen ausgeschieden wird, dass von den Kindern der Reichen an Magendarmerkrankungen niemand, vom Mittelstand ein paar, dagegen fast alle von den 2 armen Classen starben. Aehnliche Erfahrungen konnten in Brünn, Salzburg und Braunschweig gesammelt werden. Soll also Hilfe geschaffen werden, so muss diese den armen Classen zukommen. Von den bisherigen hygienischen Verbesserungen haben bei den in Besprechung gezogenen Erkrankungen fast nur die wohlhabenden Classen Nutzen gezogen.

Die Ursache für die grosse Sterblichkeit bei den ärmeren Classen hat vor Allem Meinert in Dresden studirt. Derselbe kam zum Facit, dass die Wohnungen hier von enormem Einfluss sind, je bevölkerter, je dichtbewohnter ein Stadttheil ist, desto grösser die Kindersterblichkeit, ebenso, je weniger die Wohnung durchlüftbar und je schlechter eine Wohnung mit Wasser versorgt ist.

Zur Verminderung der Säuglingssterblichkeit müsste die Erkenntniss der wahren Aetiologie in weitesten Kreisen Verbreitung finden. Vor Allem sollten die Hebammen besser in dieser Hinsicht instruirt werden, denn diese sind in vielen Fällen die Einzigen, die in die Familie kommen und Rath geben könnten, dann die Aerzte, event. die Studenten der Medicin. Die Controle der Milch müsste in den Städten besser durchgeführt werden als bisher. Die künstliche Ernährung wäre ferner besonders in den Städten wieder mehr zurückdrängen und durch die natürliche zu ersetzen (Vorschläge von Hegar, Bunge, Böck).

Schliesslich wären noch die Personen einer scharfen Controle zu unterziehen, welche sich mit dem Aufziehen kleiner, besonders der unehelichen Kinder beschäftigen.

Durch alle diese aufgezählten Mittel würde auch die allgemeine, von Magendarmerkrankungen unabhängige Säuglingssterblichkeit günstig beeinflusst.

Als zweiter Redner des Tages spricht Herr Dr. **Sigmund Merkel**-Nürnberg über **die Hygiene des Radfahrens.** Nach einer historischen Einleitung gibt der Referent zunächst allgemeine Grundzüge betreffs des Sitzes, des Sattels, der Lenkstange, der Anordnung zwischen Sattel und Pedalen zu einander. Die Uebersetzung des Rades betrage 58—63 engl. Zoll. Die Kleidung sei aus Wolle, die Knie sollen möglichst frei sein, ohne den schädigenden Gummizug an der Hose. Damen müssen ohne Corset, am besten mit dem getheilten Rock fahren. Die Fussbekleidung sei knöchelfrei, die Kopfbedeckung sei klein, jedoch mit ausreichender Krämpe gegen die Sonne. Zu warnen ist vor den sogen. Stimulantien, als Cola etc., ebenso vor Alkoholgenuss bei dem Fahren, die Flüssigkeitszufuhr sei auf das Nothwendigste beschränkt. Die Ernährung sei reichlich. Rauchen ist nur bei

ganz langsamer Fahrt zu gestatten. Redner bespricht dann eingehend, welche Krankheiten das Radfahren verbieten und bei welchen andererseits dasselbe als Heilwirkung empfehlenswerth ist. Im Allgemeinen lässt sich sagen, wer nach dem Radfahren — gleichviel wie gross die Tour war — guten Appetit hat, gut schläft, der hat sich nicht übernommen. Merkel bringt dann von Theilhaber's Arbeit „Das Radfahren der Frauen" und von Sehrwald's Arbeit: „Der Kraftverbrauch beim Radfahren", deren hygienische Erfahrungen (beides in der Münch. med. Wochenschr. früher berichtet).

Die Uebertreibungen beim Rad- und insbesondere Rennfahren wirken besonders schädlich auf die Nieren und auf das Herz. Auf das Auftreten von Eiweiss im Urin und massenhaften Cylindern (das allerdings von manchen Forschern noch als physiologisch nach Kraftüberanstrengungen erklärt wird), wie es sonst nur bei ganz schweren Nierenaffectionen vorkommt, weist Merkel besonders hin und spricht seine Bedenken aus, ob nicht die gewöhnlich rasch wieder verschwindende Erscheinung doch allmählich bleibende Folgen haben dürfte. Am Herzen konnte dies bei Rennfahrern bereits nachgewiesen werden: Herzerweiterungen nach links bis zu 3 Querfinger. Das Ertragen solcher Störungen ist nur durch die langsame Gewöhnung erklärlich.

Referent stellt folgende Leitsätze auf: 1. Das Radfahren ist nur gesunden Personen zu gestatten. 2. Bei körperlichen Gebrechen, Erkrankungen und Neigung zu solchen, bei jugendlichen und älteren Personen ist vor Beginn des Radfahrens ärztlicher Rath einzuholen. 3. Die jeweilige Leistungsfähigkeit eines Radfahrers hängt von seinem Allgemeinbefinden ab. 4. Der Rennsport beim Radfahren ist zu verwerfen.

Am Nachmittage fanden Besichtigungen der römischen Bauten, des städtischen Schlachthauses, der Pumpstation Ehrang, verschiedener Weinkellereien und einer Bierbrauerei statt. Die Führung bei den römischen Bauten ebenso wie im Provincialmuseum hatten bewährte Fachleute übernommen und gestaltete sich daher zu einer äusserst anregenden und instructiven; sämmtliche Geführten waren auch hierüber nur eines Lobes voll. In den Weinkellereien konnte überall ein echter Mosel probirt werden, was gleichfalls eine nur angenehme Erinnerung mir heute beim Schreiben wachruft. Ueber die Unterkunft habe ich dagegen manches Kopfschütteln bemerkt, als die Sprache da oder dort darauf kam. Am Abend fand in dem herrlichen Saal der Treviris das Festessen statt. Der ärztliche Verein zu Trier hatte es sich nicht nehmen lassen, durch Tischkarten geschmackvoller Art den Gästen ein hübsches Andenken zu überreichen.

Vor den Verhandlungen am 3. Tage wurde die übliche Wahl des Ausschusses für das kommende Geschäftsjahr vorgenommen. Ausschieden nach den Satzungen die Herren: v. Borscht-München, Gaffky-Giessen, Mayer-Stuttgart. Neugewählt wurden: Delbrück-Danzig, Reincke-Hamburg, Höffner-Kassel. Es verbleiben: Stübben-Köln, Schneider-Magdeburg, Stich-Nürnberg.

Für den heutigen Gegenstand der Tagesordnung: **Die kleinen Wohnungen in Städten, ihre Beschaffung und Verbesserung** waren 3 Referenten aufgestellt.

Herr Medicinalrath Dr. **Reincke**-Hamburg spricht als Erster: Die Beschaffenheit der Wohnungen wurde schon des Oefteren besprochen, jedoch nie die Menge der vorhandenen kleinen Wohnungen. Die in Hamburg aufgenommene Statistik ergibt, dass viel zu wenig kleine Wohnungen vorhanden sind, eine Unmasse Leute wohnen daher in Räumen, die zunächst nicht für Wohnungen bestimmt waren.

Diese Leute wohnen entweder zu dicht beieinander, oder wohnen viel zu theuer und helfen sich durch Aftervermiethungen. Die Wohnungsenquete ergibt des Weiteren, dass ein grosser Theil der übervölkerten Wohnungen besteht aus 1 Zimmer mit mehr als 6 Bewohnern, oder aus 2 Zimmern mit mehr als 11 Inwohnern, alles ein Zeichen, wie gross der Mangel an kleinen, preisentsprechenden Wohnungen ist. Die Gesundheitsschädlichkeit der übervölkerten Wohnungen ist natürlich schwer zu beweisen, erinnert sei jedoch an die Ausbreitung der ansteckenden Krankheiten und das chronische Siechthum der in diesen Wohnungen hausenden Leute, besonders der Kinder. Erinnert sei ferner an die schwere Schädlichkeit, die sich ergibt durch das Fehlen des heimischen Herdes und die dadurch bedingte Inanspruchnahme der Wirthschaften, ferner an die Gefahren der Gefährdung der Sittlichkeit. Alle diese Gefahren wachsen mit dem enormen Aufschwung unserer Industriestädte, so dass rasch Abhilfe nothwendig ist.

Zu einer Abhilfe ist zunächst Vermehrung der kleinen Wohnungen nöthig, dann erst ist es möglich, schlechte Wohnungen zu leeren und zu verbieten. Ebenso muss auch der Bau kleiner Wohnungen gefördert werden zum Ersatz der jeder Zeit wegfallenden als durch Legung von neuen Strassen, Errichtung von Geschäftsvierteln, Entstehung von Waarenhäusern und zahlreichen Prachtbauten, durch Herstellung von Anlagen und Auslichtung im Interesse der Hygiene. Leider zieht sich jedoch das Privatkapital immer mehr von dem Bau der kleinen Wohnungen zurück, da es zu wenig rentabel ist. Gebaut werden vor Allem grosse Wohnungen, hier hat der Hausherr verhältnissmässig wenig Risiko. — Zwar werden immer wieder kleine, sonst passende Wohnungen mit Gartenanlagen in den Peripherien der Städte gebaut, aber da wollen die Arbeiter nicht hinein, von dorten haben sie zu weit in die Arbeit, zu weit in's gewohnte Wirthshaus, zu den Versammlungen, zu ihren Vergnügungen.

Nothgedrungen kommt man daher wieder zum Etagenbau. Hier ist natürlich ein richtiges Maass nothwendig und richtige hygienische Verhältnisse: ausreichender Zutritt von Luft und Licht, gute Fäcalienabfuhr, gute Wasserversorgung, gute Trennung der einzelnen Wohnungen von einander. Trotzdem gehen auch hier hinein oft nicht die Leute, für die es eigentlich bestimmt war oder man kann auch eine Anzahl von Familien nicht aufnehmen, als solche mit arbeitsscheuen und streitsüchtigen Personen, Trunkenbolden etc. Man muss versuchen, gute Familien aus dem Arbeiterstand in diese Wohnungen hineinzubringen dann werden deren bisherige Wohnungen für die untersten Schichten der Bevölkerung frei und die ganz schlechten Wohnungen können geschlossen werden. Jedenfalls ist es gut, bei Zeiten Mobilmachungspläne für Nothbauten aufzustellen, damit bei Seuchenausbrüchen sofort für zu räumende Quartiere Ersatz geschafft werden kann. In Hamburg ist an 2 verschiedenen Punkten die Herstellung von 1—2 stöckigen Baracken mit 1—2 zimmerigen heizbaren Wohnungen für Epidemien in's Auge gefasst, die in wenigen Wochen hergestellt werden können und je 500 Personen Unterkunft gewähren.

Als 2. Referent spricht Herr Geheimer Baurath **Stübben**-Köln. Derselbe führt zunächst aus, dass eine Verbesserung der vorhandenen Wohnungen erst nach Beschaffung neuer möglich ist. Für letzteres ist vor Allem ein Zusammenwirken der privaten Bauthätigkeit, der Behörden und öffentlichen Verbände nothwendig. Die Privatthätigkeit hat den Charakter der Wohlthätigkeit. Es werden die gebauten Häuser unter Controle vermiethet. Eine ähnliche Thätigkeit üben die sogen. Bau- oder Wohnungsvereine aus (für kinderreiche Familien event. 1 Zimmer mehr), Unterstützung gibt hier die Einrichtung eines Wohnungsnachweises, Controle der Wohnungen, Geldanweisungen an Arbeiterfamilien, Verkehr mit diesen Familien, Bekämpfung des Kostgängerwesens, Lieferung von Bettstätten unter Vorbehalt der Rücknahme, wenn sie nicht ordentlich gehalten werden. Die Privatthätigkeit langt jedoch nicht, wenn sie nicht eine kräftige Beihilfe der Behörden findet, sei es durch Beitritt zu diesen Vereinen, sei es durch andere Unterstützungen. Etwas fördernd in dieser Beziehung wirkt auch der Zusammenschluss von Baugenossenschaften und Bauvereinen behufs Sammlung von Erfahrungen, Plänen, Kauf- und Miethverträgen, ferner die Fürsorge der Arbeitgeber für das Wohnbedürfniss ihrer Arbeiter, durch Eigenbau, Hergabe von Gelände, von Baucapital, Bürgschaftsübernahme u. s. w. Reich, Staat und Gemeinde sollten in ihrer Eigenschaft als Arbeitgeber den privaten Arbeitgebern mit gutem Beispiel vorangehen. Die Aufgabe von Staat und Gemeinde besteht vor Allem darin, die Grundlagen und Voraussetzungen einer gesunden privaten Bauthätigkeit zu schaffen und die immer erneuten störenden Eingriffe ungesunder Speculation zu bekämpfen.

Erreicht wird dies durch Erlass rationeller Bestimmungen für die Bebauung. Hierhin gehört vor Allem eine Abstufung der Bauordnung unter Schonung der berechtigten örtlichen Interessen. Dabei können die baupolizeilichen Anforderungen bezüglich der Baustoffe, der Mauerstärken, der Entwässerungsanlagen, der Flur- und Treppenbreiten, der Gebäudehöhe für kleine Häuser im Aussengelände vereinfacht und erleichtert werden, während Miethcasernen daselbst ganz zu untersagen sind. Werden diese zugelassen, dann stelle man an die einzelnen Wohnungen in den-

selben erhöhte Anforderungen, besonders in Bezug auf Abgeschlossenheit jeder Wohnung, eigenen Vorplatz, eigene Wasserversorgung und eigenen Abort, dies umsomehr als eine Erhöhung des Hauses keine Verbilligung der Miethen zur Folge hat. Der Preis der Wohnungen ist am niedrigsten am Rande der Städte, je näher die allgemeine Bebauung, desto höher der Boden- und Miethpreis. Manchmal ist die Bauordnung im Stande zu Vorschriften, den Preis des Bodens nicht zu hoch steigen zu lassen, wiewohl dies nicht zu weit getrieben werden darf. Eine Scala wäre hier das richtige. Die Bauordnung ist verschieden anzulegen, je nach dem Gelände (innen — aussen) der Stadt. Die Gemeindebehörden haben ferner für die rechtzeitige ausgedehnte Erschliessung von Baugelände Sorge zu tragen durch Aufstellung zweckmässiger Fluchtlinienpläne, Herstellung von Strassen, Umlegung von zu grossen Grundstücken, für welche Zwang anzustreben ist, Ausbildung von Verkehrsmitteln (Strassen und Vorortbahnen), Eingemeindungen behufs Erleichterung der Ansiedelung in Vororten. Redner kommt zum Schlusse seiner Ausführungen nochmals auf die private Thätigkeit zu sprechen: Am besten wäre ja wohl das Einfamilien-Wohnsystem durch Eigenbau der Wohnungsbedürftigen. Die Unternehmerthätigkeit sorgt aus Erwerbsrücksichten für neue Wohnungen, zu beklagen ist die Anhäufung von Wohnungen in einem Gebäude, der Unternehmer ist jedoch hiezu durch Erwerbsrücksichten gehalten. Die gemeinnützige Thätigkeit muss eintreten beim Fehlen einer genügenden Zahl von Wohnungen (von der Rheinprovinz werden aus einer ganzen Reihe von Städten entsprechende Pläne vorgeführt). Am meisten benöthigt werden Wohnungen mit drei Räumen oder zwei Räumen (Zimmern) und einer Küche.

Als 3. Referent über dasselbe Thema spricht Herr Oberbürgermeister **Adickes**-Frankfurt a. M.: Neben den von den beiden anderen Herren Referenten bereits besprochenen Maassnahmen zur Verhütung einer ungesunden Steigerung der Bodenpreise sind auch noch besondere Maassregeln zu demselben Zwecke erforderlich und zwar: eine rationelle Gestaltung des Steuerwesens, insbesondere durch Ausbildung von Umsatz- und Landsteuern, letztere soll im Weichbild der Städte erhöht werden, um die Bebauung anzuregen, erstere gleichfalls und zwar progressiv, so lang der Grund und Boden nicht der Bebauung zugeführt, sondern nur speculativ verkauft wird. Zur weiteren Verhütung einer ungesunden Steigerung der Bodenpreise ist es auch empfehlenswerth, den Gemeindebesitz möglichst auszudehnen, die Gemeinde kann dann leicht helfend bei dem Bau kleiner Wohnungen eintreten, ferner ist auch die Einführung des Erbbaurechts anzurathen. Jedenfalls muss beim Verkauf sehr vorsichtig vorgegangen werden, um den Preis von Grund und Boden nicht ungünstig zu beeinflussen.

Weitere Maassnahmen zur Schaffung kleiner Wohnungen, sowie zur Förderung gesunder Bauthätigkeit sind: 1. Anregungen zu privater und genossenschaftlicher Thätigkeit, 2. Bau von Wohnungen durch Staat und Gemeinde. Es ist unbedenklich, so weit es sich um die eigenen Arbeiter und Beamten oder um Ersatz für die in Folge von öffentlichen Arbeiten zerstörten kleinen Wohnungen handelt; darüber hinaus ist mit grosser Vorsicht vorzugehen. 3. Subventionirung des Baues kleiner Wohnungen: durch Abgabe von billigem Gemeindeland, Hergebung von Geld zu billigem Zinsfuss, Nachlass bei Sicherung von Strassen, kostenfreie Wasserzufuhr. Die Bedenken hiegegen sind, dass auf Kosten der anderen Steuerzahler einige Wenige Vortheile erhalten, ferner dass die Privatconcurrenz hiedurch geschädigt werden kann. Gegeben kann die Subventionirung werden, wenn sie im einzelnen Falle genügend begründet ist, z. B. bei Nachlass jeder anderen Bauthätigkeit; sie muss aber dann so gegeben werden, dass sie ausschliesslich den Arbeitern und nicht den Unternehmern zu Gute kommt.

Als letzte Maassnahme bringt Adickes schliesslich „die finanzielle Mitwirkung auf streng wirthschaftlicher Grundlage."

Da die Arbeiter sehr wenig Bedürfniss nach besseren Wohnungen haben, so ist zunächst durch Beispiele auf dieselben zu wirken. Zunächst ist im Mittelstand für bessere Wohnungen zu sorgen; hier ist also für's Erste zu beginnen. Die Arbeiter kommen dann langsam von selbst nach. — Beim Erbbau, der für den Mittelstand vor Allem in Betracht käme, braucht Geld für Erwerbung des Bodens nicht aufgebracht zu werden. Ein derartiges Land kann hoch beliehen werden.

Adickes schliesst mit den Worten: „Es handelt sich darum, alle Kräfte zusammenzunehmen, das gesunde Bauunternehmerwesen zu stützen und zu stärken."

Nach einer sehr regen Debatte wurde die Versammlung, die wohl zu einer der anregendsten gehörte, geschlossen.

Nachmittags gab die Stadt Trier eine Bowle auf dem Weisshaus, einem hübschen Ausflugsort an und oberhalb der Mosel. Die Theilnehmer des Congresses sollen der Bowle alle und zwar auch ausgiebige Ehre angethan haben.

Tags nachher fand noch ein gemeinsamer Ausflug nach Bernkastel statt. Ich kann auch hierüber nichts mehr berichten, zur selben Zeit ging ich bereits wieder der Praxis nach.

Dr. Sigmund Merkel.

XIII. Internationaler medicinischer Congress

zu Paris, 2. bis 9. August 1900.

VIII.

Section für Chirurgie.

7. Sitzungstag.

Vorsitzender: Herr Tillaux-Paris.

Auf der Tagesordnung ist die **Behandlung der inficirten Wunden.**

Als erster Berichterstatter präcisirt

1. Herr **Bloch**-Kopenhagen seinen Standpunkt dahin: Die antiseptische Methode Lister's, die Behandlung mit Carbolsäure gründete sich auf die Behandlung der inficirten Wunden und der complicirten Fracturen. Obgleich alle Chirurgen einstimmig die Superiorität dieser Methode anerkannten, suchte man doch immer weiter nach neuen Heilmitteln, die wirksamer als die Carbolsäure sein könnten. Es folgte dann der grosse und doch einfache Umschwung von der Antisepsis zur Asepsis und das Resultat der vielen Forschungen und Arbeiten, die die Behandlung der verschiedenen Wunden zum Gegenstand hatten, ist schliesslich darauf hinausgekommen, dass vom praktischen Standpunkt aus jede Wunde ohne Ausnahme als eine inficirte betrachtet werden und dass die Infection und ihre Complicationen der Retention mikrobenhaltigen Secretes zur Last gelegt werden muss. Daraus folgt, dass man, um eine Wunde wirksam behandeln zu können, zwei Ziele im Auge haben muss: Die Mikroben oder ihre schädlichen Producte unschädlich zu machen und die Retention von Secret zu vermeiden, mit anderen Worten, Antisepsis und Drainage zu vereinigen. Um aber die Reinfection einer so behandelten Wunde zu vermeiden, muss man sie sorgfältig und rationell verbinden. Redner zeigt dann, wie sehr die Meinungen der verschiedenen Autoren von einander abweichen und wie verschiedenartig ihre Resultate sind. Indem er sich auf seine Erfahrungen stützt, muss er erklären, dass jede Wunde antiseptisch behandelt werden muss und dass die Carbolsäure das beste Antisepticum ist; dass man die Wunden drainiren muss und dass man, um sie rationell zu verbinden, einen absolut sterilen Verband anlegen muss, der wenigstens im Moment der Application antiseptisch zu gestalten ist. Der Verband muss ferner aufsaugend sein, um die Wunde auszutrocknen, die Secretion zu hemmen, damit sie nicht durch diese in directen Contact mit der mikrobenhaltigen Luft kommt. Die Luft selbst soll durch den Verband filtrirt und so, bevor sie in Berührung mit der Wunde gelangt, von ihren Mikroben befreit werden. Zum Schluss setzt er auseinander, was er über die „internen antiseptischen Heilmittel" und die antifebrilen Medicamente denkt, denen er mit sehr wenigen Ausnahmen nicht traut. Er kritisirt dann die Wirksamkeit der Serumtherapie, besonders die des Antistreptococcenserums und glaubt, dass man gut thut, erst abzuwarten, bis die Erfahrungen hierüber sich auf eine solidere Basis stützen können und auf eine sichere Abschätzung der Tragweite ihrer Wirkungen, bevor man sie als Heilmittel anwendet.

Als zweiter Berichterstatter spricht Herr **Lejars**-Paris: Die Frage sei durchaus eine praktische. Die experimentellen und bacteriologischen Forschungen haben zwar recht schätzenswerthe, doch oft unerwartete, nicht selten sich widersprechende Resultate geliefert. Ihnen fehlt allen an sich die Controle, die Beobachtung am Menschen. Die Lösung der Frage, so complicirt sie ist, ist demnach einfach oder wird es wenigstens werden und um sie mit Nutzen zu studiren, ist es vortheilhaft, verschiedene Kategorien aufzustellen:

1. Frisch inficirte Wunden, noch ohne locale oder allgemeine Reaction, man würde vielleicht besser sagen, Wunden, von denen man vermuthet oder voraussetzt, dass sie inficirt sind. Diese Voraussetzung muss sich auf jede accidentelle Wunde ausdehnen. Wir wissen ja, dass sogar die operativen Wunden weit entfernt sind, mikrobenfrei zu sein. Andererseits haben wir kein Hilfsmittel, bei einer frischen Wunde zu erkennen, mit welchen Mikroben sie inficirt, wie deren Virulenz und was ihre letzte Wirkung sein wird. Das äussere Aussehen der Wunde gibt uns keinen Aufschluss. Jede accidentelle Wunde muss also wie eine inficirte behandelt werden. Da es nun erwiesen ist, dass die Resorption des Virus eine fast unmittelbare ist, muss die Reinigung der Wunde möglichst schnell geschehen, um wirksam zu sein, aber wann sie auch vorgenommen wird, immer wird sie nützlich sein. Wir sind zwar nicht im Stande, alle Keime in der Wunde zu zerstören, aber die natürliche Abwehr des lebendigen Gewebes hilft

uns, indem es kräftig Theil nimmt an dem Kampfe gegen die Infection.

Unsere Therapie wird also mit einer mechanischen, minutiösen Reinigung der Wunde, Entfernung der etwa vorhandenen Trümmer und, wenn es nothwendig ist, Excision der zerquetschten Theile bestehen, indem wir jedoch die Integrität der lebendigen Zelle respectiren und sie in ihrer Reaction gegen die Infection unterstützen. Hier erfüllen steriles Wasser, sterilisirte, gekochte Compressen ihren Zweck. Nicht die Natur der angewendeten Flüssigkeit, die Art ihrer Anwendung ist maassgebend für das Resultat. Auch die antiseptischen Lösungen, vorausgesetzt in der Concentration, dass sie das lebende Gewebe nicht schädigen, haben hier keinen anderen Effect als den der mechanischen Reinigung. Der Verband muss aseptisch, aufsaugend, schützend sein und immobilisirend.

2. Inficirte Wunden, bei denen die Infection sich schon in localen oder allgemeinen Reactionen offenbart, mit oder ohne Eiterung der Wunde. Hier wird die specifische Serumtherapie angezeigt sein. Sie ist die wissenschaftlich begründete, die natürliche, die Methode der Zukunft. Leider hat sie bisher noch enge Grenzen. Wir haben nur das Tetanus- und das Antistreptococcenserum. Gegen die anderen Infectionen der Wunden haben wir noch kein wirksames Serum, und bei den Mischinfectionen sind wir vollkommen entwaffnet. Hier können wir nur, wenn eine solche Wunde in voller Eiterung ist, sie nach Möglichkeit öffnen, säubern, drainiren und für einen nach den angeführten Principien hergestellten Verband sorgen. Bei gewissen Formen von Eiterung und Gangraen, besonders bei Höhlenwunden, scheint das Sauerstoffwasser auf die Anaëroben mächtig einzuwirken. Verschiedentlich ist schon der Beweis seiner Wirksamkeit erbracht worden.

3. Inficirte Wunden mit schwerer Allgemeininfection. Traumatische Septicaemie.

Auch hier sollte man von der Serumtherapie Erfolge erwarten, obgleich ihre Wirkung viel unsicherer sein wird als in den ersten Stadien der Infection. Die Serumtherapie ist bei den traumatischen Septikaemien noch nicht oft angewendet worden und doch verdient sie, besonders in grossen Dosen, häufiger versucht zu werden. Natürlich darf man dabei die locale Behandlung nicht vernachlässigen, die auch hier um so wirksamer ist, je früher und je vollkommener sie geschieht. Die Serumtherapie aber unterstützt den Organismus in seinen natürlichen Abwehrmaassregeln, erhöht die vitale Energie, den Blutdruck, die Diurese und ist somit die wirksamste Methode.

Zur Discussion spricht Herr Maylard-Glasgow.

Section für Gynäkologie.

Sitzung vom 6. August 1900.

Cullen-Baltimore spricht über **die frühzeitige Diagnose des Carcinoms** und zeigt eine grosse Reihe von Projectionsbildern, welche Photographien mikroskopischer Präparate und ganzer Stücke von Gebärmutterkrebs (Hals und Körper) darstellen; viele dieser Präparate ermöglichten C., in schwierigen Fällen frühzeitig das Carcinom zu diagnosticiren oder dasselbe in Coincidenz mit Fibrom an mehreren Stücken zu erkennen, wo das blosse Auge nur eine einfache Verdickung der Schleimhaut wahrnahm. Zum Vergleiche legt C. Schnitte der normalen Gebärmutterschleimhaut vor, die von nicht ergriffenen Partien herstammten.

Leopold-Dresden hat seit 1894 Untersuchungen über **die Aetiologie und die pathogene Rolle der Blastomyceten** angestellt und zwar an mehr wie 100 Krebsfällen, besonders des Uterus, der Ovarien, Tuben, Brust, des Peritoneums u. s. w., wobei die Fälle mit Ulceration grundsätzlich ausgeschlossen waren. Das Mikroskop war so construirt, dass man ständig eine Temperatur von 37,5—38° hatte; es war dadurch möglich, frische Gewebsstücke zu studiren, die in sterilisirter Bouillon, in sterilem Blutserum u. s. w. supendirt waren und zwar während mehrerer Tage (200 und darüber) und bei der constanten Temperatur des menschlichen Körpers. Mit Haematoxylin und Carbolfuchsin gelingt die Färbung am besten. Nach einer Reihe von Versuchen wurden aus einem frischen Carcinomgewebe Reinculturen von Blastomyceten gewonnen: Die ersterhaltenen stammten von einem Krebs der Ovarien nach der 4. Cultur, dann kamen die von einem doppelseitigen Ovarienkrebs, nach der 6. Cultur erhalten, die eines Brustkrebses und der Achseldrüsen nach der 6. Cultur, die eines Gebärmutterkrebses nach der 3. Cultur. In mehreren Culturen sieht man die Blastomyceten in Form von regelmässig runden, manchmal ovalen Zellen, in der Grösse von 1—3 μ mit einem centralen oder peripheren Kern. Es gelingt auch, auf Thiere (Kaninchen, Ratten) die vom menschlichen Carcinom stammenden Blastomyceten zu verimpfen. Bei Ratten konnte man eine grosse Anzahl von Peritonealknoten entdecken, welchen die Thiere erlagen, ebenso wie in frischen und gehärteten Gewebsstücken eine Menge von Blastomyceten. Dieselben, den frischen Knoten entnommen, gaben wieder Reinculturen. Für Leopold besteht daher kein Zweifel, dass die Blastomyceten die Ursache von bösartigen Neubildungen beim Menschen sein können und, von Mensch auf Thier überimpft, bei diesem ebenfalls eine Neubildung verursachen können, welcher der Träger unterliegen muss.

Sitzung vom 7. August.

Die Metritis cervicalis.

Doederlein-Tübingen: Heutzutage müssen die Ursachen der Entzündungskrankheiten der Canäle oder Höhlen des Körpers, welche nach aussen münden, in einer bacteriellen Infection gesucht werden. Die modernen bacteriologischen Untersuchungen haben zu dem Resultat geführt, dass der äussere Muttermund die Grenze bildet zwischen einem oberen bacterienfreien und einem unteren Theil der Geschlechtsorgane, welche Bacterien enthält. Im Gebärmutterhals und in dessen Schleim gibt es also im Allgemeinen keine Bacterien und wenn solche auf natürlichem oder künstlichem (experimentellem) Wege eingeführt werden, so sind sie nicht lebensfähig und werden durch das alkalische Cervicalsecret zerstört. Dank dieser Eigenschaft schützt sich die Cervix nicht nur selbst gegen die Mikroorganismen, sondern gleichzeitig Uterus, Tuben und Peritonealhöhle gegen die in die Vagina eindringenden und dort vegetirenden Mikroben. Von den pathogenen Parasiten haben nur zwei Arten, der Gonococcus und der Tuberkelbacillus, eine aetiologische Bedeutung für die Metritis cervicalis. Die Localisation der Gonorrhoe, gegen dessen Erreger die Schutzmittel der Cervix machtlos sind, ist in derselben sehr häufig, die tuberculöse Infection hingegen ausserordentlich selten. Die eigentlich tuberculösen, die syphilitischen und diphtheritischen Erkrankungen der Cervix sind specielle Krankheiten und ganz verschieden von der sog. Metritis cervicalis. Betrachtet man die nicht infectiösen Fälle derselben, so spielen die Zerreissungen des Collum eine grosse aetiologische Rolle, ebenso wie alle Ursachen und Affectionen, welche die Metro-Endometritis bewirken. Die Schleimhaut der Cervix ist zu Hyperplasien, Polypen und indurativen Verletzungen oder Erosionen disponirt, die der Portio vaginalis hingegen zu Epithelveränderungen, d. h. zu papillären und follicullären Erosionen. Die anatomisch-pathologischen Veränderungen sind wohlbekannt, die Aetiologie bedarf noch weiterer bacteriologischer Forschung oder klinischer Beobachtung.

Pozzi-Paris, Correferent: Die acute oder chronische Entzündung der Cervix kann lange Zeit isolirt vorkommen und ohne das Corpus uteri zu ergreifen. Immerhin setzen sich die acuten Veränderungen der Cervicalschleimhaut leicht auf die des Corpus fort und die chronischen entzündlichen Affectionen des Collumparenchyms reagiren prompt auf die Ernährung und den ganzen anatomischen Zustand des Corpus uteri. Es gibt eine grosse Anzahl acuter, subacuter oder chronischer Entzündungen der Cervicalschleimhaut bei Nulliparen, welche mit der Enge des Orificium externum und der daraus entstehenden ungenügenden Drainage zusammenhängen. Der wichtigste Theil der Behandlung ist dann, auf operativem Wege eine genügend weite Oeffnung an der Cervix dauernd herzustellen.

Mendes de Leon-Amsterdam, Correferent: Die Metritis cervicalis darf man weder als isolirte Affection ansehen noch behandeln, da sie in der Mehrzahl der Fälle mit einer ähnlichen Affection des Corpus uteri einhergeht. Der Ausdruck „Metritis" cervic. sollte in den meisten Fällen durch „Endometritis" cervic. ersetzt werden, da die Entzündung der Schleimhaut nur selten mit einer Veränderung der tiefer liegenden Gewebe verbunden ist.

Für Paul Petit ist die acute Entzündung der Cervicalschleimhaut entweder eine puerperale — dann fast immer mit einer Endometritis des Corpus verbunden und muss mit Curettage behandelt werden — oder eine gonorrhoische; im letzteren Falle hat sie wenig Tendenz, weiter zu gehen, besonders bei den Nulliparen, und ist daher ein Noli me tangere, einfache Ausspülungen genügen, also weder Curettage noch Hysterometrie. Die chronische Endocervicitis ist schwer und wechselnd zu behandeln; ist sie auf das Collum beschränkt, so muss dasselbe ausgeräumt werden, wozu Petit eine specielle Curette construirt hat.

Gascard bespricht seine sogen. exosmo-endosmotische Methode, welche er zur Behandlung der Metritis cervic. empfiehlt, deren verschiedene übrigen Behandlungsarten eine wirkliche Heilung nicht zu erzielen vermögen.

Samuel Bernheim-Paris spricht über die **primäre Genitaltuberculose beim Weibe.** Dieselbe ist nicht selten; man würde sie öfters diagnosticiren, wenn systematisch jedes Genitalsecret bei der Frau, welche an einer Gebärmutteraffection leidet, auf Tuberkelbacillen untersucht würde. Die Genitaltuberculose ist besonders bei der Frau im vollen sexuellen Leben, d. h. zwischen 18 und 30 Jahren, häufig. Der Bacillus hat für gewisse Theile, die Tuben und Ovarien, eine gewisse Vorliebe. Uterus und der vulvo-vaginale Theil sind seltener befallen. Wenn ein Gebärmutterleiden keine directen Entzündungserscheinungen darbietet, so muss man an Tuberculose denken, die man durch eine Summe von Symptomen diagnosticiren wird und im negativen Fall durch die Tuberculinprobe oder die Serumreaction. In den meisten Fällen hat die hygienische und diätetische Behandlung Erfolg; ist die Tuberculose anderen Bacterien associirt und droht Eiterung, so muss man operativ eingreifen.

Die chirurgische Behandlung des Prolapsus uteri.

Terrier hält die chirurgische Behandlung des Prolapsus für weit besser als die palliative Behandlung mit Pessarien; letztere machen den Zustand der Pat. oft viel schlechter, wie T. häufig beobachtet hat. Das operative Vorgehen Terrier's besteht aus 1. der explorativen Laparotomie, welche genaue Untersuchung des Beckenbodens, der Gebärmutter und der Adnexe ermöglicht, daran anschliessend aus 2. der vorderen abdominalen Hysteropexie und nach ca. 3 wöchentlicher Bettruhe, 3. der Colpoperineorrhaphia anterior oder posterior, welche letztere vagino-peritoneale Operation unbedingt nöthig ist, um das durch die Hysteropexie gewonnene Resultat, das vielen Patientinnen schon genügend scheint, zu erhalten. T. kritisirt die übrigen Operationsmethoden und hebt die Vortheile seiner eigenen eingehend hervor.

Eberlin-Moskau glaubt, dass die Verkürzung der runden Mutterbänder durch den Canalis inguinalis (Alquié-Alexander-Adams) die rationellste Methode der Rückwärts-

lagerungen und des Prolapsus uteri sei, da sie von allen die wenigst gefährliche sei und vollständig und sicher das Leiden zum Verschwinden bringe. Die Operation verursacht keine Complication und ist kein Hinderniss für spätere Schwangerschaft und Entbindung, und diese letzteren beeinträchtigen keineswegs den operativen Erfolg. Zu wünschen wäre nur, dass die Operateure möglichst eingehende Aufschlüsse über die entfernteren Resultate bei ihren Patientinnen gäben.

Laroyenne-Lyon empfiehlt die Hysteropexie mit Hilfe eines dicken Katheters auszuführen, welcher den Uterus erhebt und dessen Fundus der Bauchwand nähert und legt grossen Werth auf die Naht der hinteren oberen Blasenwand an die Vorderfläche der Gebärmutter, um die Cystocele vaginalis zu verhindern.

Kiriak-Bukarest bespricht die **Hystero-cysto-ventropexie**, eine neue Operation, welche zum ersten Mal im Jahre 1891 in Bukarest ausgeführt, an die Bauchwand nicht nur den Uterus, sondern auch die Blase fixirt; der Fundus uteri bleibt frei, so dass bei eintretender Schwangerschaft keine Complication entsteht.

Junglis-Parsons berichtet über ein neues Verfahren zur **Behandlung des Uterusprolapses**, dessen Princip darin besteht, das Zellgewebe in den breiten Mutterbändern auf antiseptischem Wege zu stimuliren; die Injection einer Chinin. sulfur.- oder anderen Lösung bewirkt die Bildung von Lymphe, mit Hilfe der Natur folgt Reorganisation und die Bänder werden genügend stark, um den Uterus zu halten. Bis zur Lymphbildung ist ein Pessarium einige Tage lang nothwendig, dann kann man den Uterus heben. Complete Ruhe von 4—8 Wochen ist nach der kleinen Operation nothwendig, eine Injection ist oft genügend, aber es können bei länger bestehenden Fällen auch 2—3 nothwendig werden. Die Operation wurde im Ganzen an 30 Frauen im Alter von 20 bis 66 Jahren ausgeführt. Die Behandlung behindert nicht die Schwangerschaft, 2 Kranke haben zur rechten Zeit entbunden.

Fournier-Amiens: Ein Viertel aller unterleibskranken Frauen leidet an **Retrodeviation des Uterus.** Dieselbe ist die gefährlichste Lageveränderung, da sie oft schwere Entzündungen an Gebärmutter und Adnexen verursacht. Es gibt nur ein gründliches Heilmittel, d. i. die vaginale Hysteropexie; die abdominale bleibe für die Fälle reservirt, wo die Adnexe ergriffen sind. F. verfügt über 14 operirte Fälle.

Nach **Spinelli**-Neapel ist die Hysteropexie bei Retroversion mit Adhärenz oder mit Complicationen von Seite der Adnexe indicirt. In den 10 Fällen, welche Sp. operirt hat, kam kein Recidiv vor; seine Operationsmethode sei der **Alexander-Adams**'schen vorzuziehen, da letztere die Adhäsionen und Adnexerkrankungen, welche die Ursache der Retroversion waren, unberührt lasse. Nach einem beobachteten Fall kann Schwangerschaft und normale Entbindung nach der Operation eintreten.

Czelas **Stankiewicz**-Lodz hat mit dem Pessarium bei keinem Falle von Retrodeviation sichere Heilung erzielt, sondern der operative Weg ist stets vorzuziehen und zwar vor der abdominalen und vaginalen Hysteropexie **die intraabdominale (vaginale) Verkürzung der runden Bänder.** St. hat 27 Fälle mit 87 Proc. Erfolg, 3 leichte, eine schwere Entbindung, ein einziges Recidiv nach der Entbindung.

Ed. **Schwartz** hat 63 mal die abdominale Hysteropexie, welche dauerndere Resultate gibt als die **Alquié-Alexander**-Operation (30 Fälle), ausgeführt; die Erfolge waren im Allgemeinen sehr gute, dennoch gibt **Schwartz** der intraperitonealen Verkürzung, welche er seit 1897 in 5 Fällen ausgeführt hat, den Vorzug.

Hartmann ist Anhänger der abdominalen Verkürzung der Mutterbänder.

Doleris: Bei den einfachen, beweglichen Retrodeviationen gibt das Pessarium oft gute Resultate, besonders nach der Entbindung während der Involutionsperiode. Später heilen die Verlagerungen weniger leicht und erfordern oft die Operation. Die Anwesenheit von Verwachsungen des Uterus und von Adnexerkrankungen macht die Laparotomie nothwendig. Das Ligamentum rotundum hat eine vorwiegende Rolle bei den Rückwärtslagerungen und dessen Verkürzung auf dem inguinalen Wege hat D. seit 15 Jahren mit Erfolg ausgeführt. D. führt noch genauer seine Operationsmethode und deren Vortheile vor den anderen auseinander.

Jonnesco glaubt, dass die Retroflexion nur unvollständig durch die bekannten Operationen corrigirt werde, er macht daher eine neue, indem er der Verkürzung der runden Mutterbänder durch Laparotomie die Verkürzung und Faltung der breiten beifügt und so die Flexion des Uterus heilt.

Henry **Pouey**-Montevideo bespricht auf Grund von über 100 selbstbeobachteten Fällen von Retrodeviationen, die oft durch einfache Mittel ohne Operation heilten, die Indicationen, welche die verschiedenen Operationen geben und in den wechselnden Complicationen gelegen sind.

Spinelli-Neapel empfiehlt zur conservativen chirurgischen Behandlung der **chronischen Uterusinversion** die modificirte vordere und hintere Kolpohysterotomie und verwirft die Verfahren von **Thomas** und **Everke** sowohl, wie von **Küstner** und **Kehrer**.

Paul Petit machte an Thieren Versuche zur **indirecten Cystopexie durch Verkürzung der Aponeurosis pelvio-umbilicalis** und glaubt, dass diese Operation bei ausserordentlich schweren Fällen von Cystocele anwendbar sei.

Sitzung vom 8. August 1900.

Palmer Dudley-New-York bespricht die **conservativen Operationen am Ovarium** und die Implantation desselben in den Uterus, wodurch die Frauen ihre Regeln behielten und nicht die postoperativen Beschwerden der Menopause bekämen, von welchen in letzter Zeit so viel gesprochen wurde.

Hartmann setzt seine Statistik der **Operationen wegen Adnexerkrankung** auseinander und kann bloss den abdominalen Weg billigen.

Nanu-Bukarest hat 45 abdominale totale Castrationen gemacht wegen verschiedener Affectionen und bespricht eingehend die Operationsmethode und die 6 Fälle, welche tödtlich endeten.

Delagénière-Mans macht eine eingehende Studie über die mit **Salpingitis coincidirende Appendicitis** (26 neue Fälle); er hält die letztere für eine infectiöse **Follicul**itis und häufig für die Ursache der Adnexerkrankungen, seltener umgekehrt. Jede Appendicitis sollte daher möglichst bald durch die mediane Laparotomie operirt werden.

Mauclaire-Paris macht eine ausführliche Mittheilung über **die subcutane Implantation von Ovarien nach Salpingo-ovariektomie;** beim Weibe machte er diese Implantation, indem er das Ovarium in die Bauchwunde setzte. Von 7 Fällen gelangen 2 glänzend, bei einer Patientin kamen die Regeln 2 mal wieder; M. glaubt daher die subcutane Implantation der Ovarien solle weiter versucht werden, um dem Organismus die sogen. innere Secretion der Ovarien zu erhalten.

Pozzi und **Bouilly** sind der Ansicht, dass die Implantation von Ovarien unnöthig sei, da Patientinnen selten unter dem Mangel der inneren Secretion leiden und ferner die implantirten Organe schliesslich doch resorbirt werden, wenn sie auch lange lebensfähig sind.

Jayle-Paris hingegen beweist die Nützlichkeit der conservativen Chirurgie bei den Ovarien; wenn sie noch zur inneren Secretion fähig sind, was man wohl durch Befragen der Patientin (genaue Anamnese) erfahren kann, so soll man sie erhalten, besteht jedoch Insufficienz der Ovarien (klimakterische Beschwerden), so muss man sie entfernen.

Kiriak-Bukarest heilte eine Anzahl Kranker, welche mit postoperativer Septikaemie behaftet waren, durch secundäre Laparotomie und Auswaschung der Bauchhöhle mit heisser (40°) Sublimatlösung (1:1000).

José Callero-Buenos-Ayres macht eine Mittheilung über die **Angiotripsie bei Bauchoperationen, Suarez de Mendoza**-Madrid über die **Behandlung der Uterus-Adnexentzündungen mit vaginalen Injectionen von 60° heissem Wasser.** Bei der Mehrzahl der Fälle, meist blennorhagischen oder puerperalen Ursprungs, trat nach der 15. oder 20. Ausspülung Besserung ein, die rasch fortschritt; die Canüle ist von Metall, von einer Asbesthülse umgeben.

Section für Geburtshilfe.

Sitzung vom 7. August 1900.

Zweifel-Leipzig spricht über **Aetiologie, Prophylaxe und Behandlung der Rachitis.** Die experimentellen Untersuchungen der Autoren haben gezeigt, dass es möglich ist, im Wachsthum begriffene Thiere dadurch rachitisch zu machen, dass man das Ca in ihrer Nahrung verminderte. Die Menge der in der Kuhmilch enthaltenen Ca-Salze verhält sich zu jener in der Frauenmilch wie 4:1, für Cl Na ist dieses Verhältniss 3:1; verdünnt man die Kuhmilch mit 2 Theilen Wassers, so ist ihr Gehalt an Ca noch immer grösser wie bei der Frauenmilch, während die Cl Na-Menge hingegen geringer wird. Auch gelegentlich eines Falles, wo ein gut gepflegtes Kind, das nie an Dyspepsie gelitten, nach Ernährung mit verdünnter Kuhmilch rachitisch geworden ist, kam Zw. auf den Gedanken, ob nicht die Rachitis durch ungenügende Zufuhr von Cl Na, wodurch die Verdauung des Ca verhindert wird, eher als durch den Mangel an Ca in der Nahrung entsteht. Die persönlichen Untersuchungen haben Zw. ferner gezeigt, dass in Sachsen, wo die schweren Formen der Rachitis häufig sind, das Schwarzbrod ohne Salz fabricirt wird und dass die an Salz sehr arme (streng vegetabilische) Nahrung das Cl der Frauenmilch um 50 Proc. vermindert. Als Behandlung der Rachitis empfiehlt Zw. den Zusatz von Kochsalz zur sterilisirten Milch. Und, was besonders interessant scheint, das so behandelte und auf dem Wege der Besserung befindliche Kind eliminirt mehr Kalkseife in den Faeces als es bei gewöhnlicher Nahrung der Fall ist. Zw. glaubt nicht an die specifische Wirkung des P. bei der Rachitistherapie.

Porak und **Durante** berichten über **2 Fälle von Achondroplasie** mit histologischer Untersuchung. In beiden Fällen existirte eine abnorme und ungenügende Ossification der Knorpeln, die histologische Untersuchung des Nervensystems zeigte ferner Congestion, Haemorrhagien, Verdickung der Meningen und leichte Atrophie einer Hälfte der grauen Substanz.

Die beiden Untersucher glauben, dass die Veränderungen des Nerven- wie des Knochensystems sich gleichzeitig und zwar in Folge Einwirkung von toxischen Substanzen entwickelt haben: in dem einen Falle (einem 5 monatlichen Embryo) stammte diese Intoxication vom mütterlichen Organismus (Heterointoxication).

LaTorre spricht über **Collumamputation** und die Modificationen, welche er bei der **Simon**'schen Operation angewendet hat.

Chaleix-Vivie-Bordeaux wendet das **reine, pulverisirte Methylenblau zur Behandlung der blennorrhagischen Metritis und Vaginitis** an. Nachdem es sich als Haemostaticum, anaesthesirendes und antiseptisches Mittel in der Gynäkologie bewährt hat, wandte es Ch. bei schwangeren, mit obigem Leiden behafteten Frauen an. Schmerzlos, unschädlich, unterdrückt das Methylenblaupulver, auf die Cervix applicirt, in einigen Sitzungen den Ausfluss und die Schmerzen. Besonders werthvoll ist das

Mittel, welches leicht auf die Oberfläche und in die Tiefe sich ausbreitet, bei der Schwangerschaft, wo eine intrauterine Behandlung unmöglich ist.

Porax leitet die Discussion über die Behandlung des Nabelschnurrestes mit einem Vortrag über **Omphalotripsie** ein. Durch diese Methode (Zermalmung mittels speciellen Instrumentes — Omphalotrib statt Ligatur) soll die Antisepsis der Nabelschnur leichter zu erreichen sein. Von 1239 Fällen der Statistik von P. gab es bloss 56 Fälle abnormer Vernarbung; von 51 Fällen seiner eigenen Beobachtung hatten 15 (28 Proc.) Nabelinfection, 8 starben (16 Proc.), während bei 55 Fällen mit Ligatur 26 (47 Proc.) Nabelinfection hatten und 14 (25 Proc.) starben.

A. **Martin**-Greifswald: Die lange Dauer des Nabelschnurabfalles bringt für die Neugeborenen Gefahren mit sich, wie die Statistik beweist. M. unterbindet die Nabelschnur mit einem aseptischen Faden sofort nach der Geburt und unmittelbar an der Hautgrenze, dann versengt er mit einem Brenneisen, 1,5 cm entfernt, die Nabelschnur. Die Heilung ist rasch und vollkommen, nachdem der Schorf am 4.—7. Tag abgefallen ist.

Bar hält die Nabelschnurinfection für sehr häufig in den Gebäranstalten (Maternités); um sie zu vermeiden, muss man das Nabelschnurende zerstören und die Infection des Stumpfes verhüten. Das Verfahren von B. besteht in Anlegung einer Klemmzange, Bedeckung mit sterilisirter Watte und Abwarten, bis die Zange von selbst abfällt; seitdem hat er keine Infection mehr erlebt.

Charles **Liège** hält das Verfahren von **Martin** für das beste.

Pinard, ebenso wie **Budin** halten das gewöhnliche Verfahren mit sauberen Faden und Scheeren und aseptischem Verband für völlig genügend.

Maygrier bespricht die **intravenösen Injectionen künstlichen Serums bei puerperaler Haemorrhagie.** Dieselben retten circa die Hälfte der Frauen, welche wegen peracuter posthaemorrhagischer Anaemie in Lebensgefahr sind: von den 15 Fällen M.'s, welche dem Tode nahe waren, kamen 7 davon. Diese Injectionen wirken nur in massiven Dosen: 1—2 Liter Salzwasser (1:1000). Sie sollen nur gemacht werden, wenn die subcutanen Injectionen erfolglos waren und der Zustand sich verschlimmert oder wenn er von Anfang an ein sehr gefährlicher ist. Sie müssen wiederholt werden, wenn der gute Erfolg nachlässt und wieder Collaps eintritt: man kann so mehrere Liter in 24 Stunden injiciren. Mit Vorsicht und nach der bekannten Technik ausgeführt, bieten diese Injectionen keine Gefahr und M. schliesst, keine Frau sollte an Haemorrhagie sterben, ohne dass dieses heroische Mittel zu ihrer Rettung noch versucht worden wäre.

Sitzung vom 8. August 1900.

Fabre-Lyon theilt ein **radiographisches Verfahren zur Beckenmessung** mit, wodurch die linearen Distanzen zwischen den verschiedenen, in einem Plan enthaltenen Punkten und besonders die Durchschnitte der oberen Beckentheile gemessen werden können. F. konnte direct auf Papier die Radiographien machen, wodurch diese Untersuchungen viel weniger kostspielig sind.

Bouchacourt vereinfachte diese Art Messung noch, worüber er genauere Angaben und Radiogramme vorzeigt.

Jacob-Marseille berichtet über eine **Symphyseotomie** und deren glücklichen Ausgang bei einer Conjugata diagonalis von 8,7 cm; Vorlage von 2 Radiographien.

Samuel Bernheim-Paris spricht über **Tuberculose und Schwangerschaft.** Die Schwangerschaft bei den zur Tuberculose Prädisponirten bewirkt um so eher ihren Ausbruch, je jünger das Individuum ist. Wenn auch eine einzige Schwangerschaft keinen ungünstigen Einfluss auf eine torpide Tuberculose haben kann, so sind mehrere immer verderblich, selbst bei heilbarer Form von Phthise. Das Puerperium, die Folgen der Entbindung, sind speciell zu fürchten für tuberculöse Frauen, welchen das Stillen zu verbieten ist. In allen Fällen, wo die Tuberculose in den ersten Wochen der Schwangerschaft sich verschlimmert, hat der Arzt das Recht, die künstliche Frühgeburt einzuleiten. Der Einfluss der Tuberculose des Vaters ist gleich Null auf den Verlauf der Schwangerschaft, während die der Mutter eine häufige Ursache von Aborten ist.

Alphonse Herrgott-Nancy bericht über **Appendicitis und Entbindung.** Die zwei selbst beobachteten Fälle, welche, der eine kurze Zeit nach der Entbindung, der zweite 2 Tage vor derselben, operirt wurden und tödtlich endeten, sowohl wie die anderwärts veröffentlichten beweisen den schlimmen Einfluss der Entbindung auf die Appendicitis. H. geht daher noch weiter als **Pinard**, welcher jede Appendicitis während der Schwangerschaft schleunigst operirt wissen will, und erklärt, jede mit Appendicitis behaftete Frau, die nur fähig sei, schwanger zu werden, solle operirt werden.

Maygrier hat an der Maternité der Charité 142 Fälle von **Retention der Eihäute** nach der Entbindung unter 1939 Fällen erlebt, d. i. in 7,32 Proc. Seine Erfahrung geht dahin, unmittelbar nach der Entbindung die künstliche Entfernung entweder mit der Hand oder der Cürette vorzunehmen und zwar stets dann, wenn die Asepsis des Uterus eine zweifelhafte ist, oder bei der geringsten Temperatursteigerung.

Budin macht einige Bemerkungen über den **Eintritt der Milchsecretion;** dieselbe braucht zuweilen eine gewisse Zeit nach der Entbindung, um sich in genügender Menge einzustellen; die zeitenweise vorgenommene gemischte Ernährung kann dann grosse Dienste leisten. Manchmal kann man die Wiederherstellung der Milchsecretion bei Frauen, die schon mehrere Wochen nicht mehr gestillt haben, erzielen.

Pinard hat ganz dieselben Erfahrungen gemacht: bei Frauen, die nach 6—8tägigen Versuchen nicht stillen konnten, wurde nach 3 und selbst mehr Wochen die Secretion eine genügende, um das Kind zu stillen; man muss also oft geduldig abwarten und dem Kind inzwischen sterilisirte Milch geben.

Hagapoff-Konstantinopel bespricht **prophylaktische Maassregeln gegen die Phlegmasia alba dolens und die puerperalen Varicen.** Sie bestehen in Kurzem in Hochlagerung der Unterextremitäten, bei Fieber Einwicklung derselben wenigstens 14 Tage lang, bei Varicen 2 mal täglich alkoholische Abreibungen nach der Entbindung, vor derselben Tragen elastischer Binden. Seit 2 Jahren wendet H. diese Maassnahmen an und hat selbst bei Frauen, die früher an Phlegmasia gelitten, haben, dieselbe nicht mehr erlebt.

Verrier-Paris bringt **3 Beobachtungen von schwieriger Diagnose bei Doppelschwangerschaft.**

Crouzat-Toulouse spricht über den **Forceps.**

Stern.

Berliner Briefe.

Das Zusammengehen der kassenärztlichen Vereine. — Der Vertragsentwurf einer Krankenkasse. — Ein Curpfuscher in illustrer Gesellschaft. — Narkosen bei Zahntechnikern. — Ein weiblicher Arzt bei der Sittenpolizei angestellt. — Krankenfürsorge der Landesversicherungsanstalt.

Im Vordergrunde des allgemeinen Interesses steht jetzt erklärlicher Weise die Vereinigung der zwei feindlichen Brüder, des „Vereins der freigewählten Kassenärzte" und des „Vereins Berliner Kassenärzte" zur Abwehr einer gemeinsamen Gefahr. Die „Ortskrankenkasse der Kaufleute, Handelsleute und Apotheker", welche früher die freie Arztwahl eingeführt, dann aber wieder abgeschafft hatte und mit dem „Verein Berliner Kassenärzte" in ein Vertragsverhältniss getreten war, beabsichtigt in Ausführung eines vorher gefassten Beschlusses auch den Familienangehörigen ihrer Mitglieder Arzt und Arznei auf Kosten der Kasse zu gewähren. Zu diesem Zweck trat sie mit beiden kassenärztlichen Vereinen in Unterhandlung, in der bei dem Stande der Dinge nicht unberechtigten Hoffnung, den einen Verein gegen den anderen ausspielen zu können. Es erschien verlockend, die Kasse der freien Arztwahl wieder zu gewinnen, einmal weil sie die grösste Ortskrankenkasse Berlins ist, sodann aber, weil durch den Verlust dieser Kasse dem „Verein Berliner Kassenärzte" der Lebensfaden unterbunden wäre, und der Verein bis auf Weiteres nur ein kümmerliches Dasein hätte fristen können. Andererseits wären durch Uebernahme der Familienbehandlung rund 300 000 Menschen der privaten ärztlichen Praxis entzogen worden; das würde eine Schädigung einer nicht unbeträchtlichen Anzahl von Collegen bedeuten und stünde daher im Gegensatz zu den Grundsätzen, welche für die Ausbreitung der freien Arztwahl maassgebend sind. In dieser Erkenntniss bot der Vorstand des „Vereins der frei gewählten Kassenärzte" gern seine Hand zu einer Verständigung mit dem gegnerischen Verein; in einer gemeinsamen Sitzung der Vorstände beider Vereine wurde, wie in dieser Wochenschrift bereits mitgetheilt *), beschlossen, den Vorschlag der Krankenkasse abzulehnen. So natürlich und so naheliegend ein solches Einverständniss auch ist, so bezeichnet es doch bei der heftigen Fehde, in der die beiden Vereine sonst leben, in diesem Fall mit dem greifbaren praktischen Resultat ein Novum im Berliner Vereinsleben, und das umsomehr, als der schon einmal in gleicher Richtung angestellte Versuch, die gemeinsame wirthschaftliche Commission, bei der ersten ernstlichen Probe kläglich in die Brüche ging. Fast könnte man glauben, dass der Mahnruf, den kürzlich ein College im Aerztl. Vereinsbl. ertönen liess, der Ruf: „Aerzte aller deutschen Staaten, vereinigt Euch!" hier einen Widerhall gefunden hat. Doch es wäre voreilig und allzu sanguinisch geurtheilt, wollte man die getroffene Vereinbarung für mehr halten, als für eine vereinzelte Erscheinung, welche nicht erlaubt, weitgehende Schlüsse auf die künftige Entwicklung des Berliner Vereinslebens zu ziehen. Das aber lehrt der Fall, dass der Bogen, mit dem die Kassenverwaltungen die Aerzteschaft umspannen, endlich zerspringen muss, wenn er allzu straff gespannt wird. Gestützt auf die Uneinigkeit der Aerzte durften sie diesen mit despotischer Macht Bedingungen dictiren, die nur zu oft angenommen wurden aus dem alleinigen Grunde, weil man wusste, dass im Falle der Ablehnung sich sofort Andere bereit finden lassen. Nicht die Furcht vor einer Schädigung des An-

*) Cf. No. 37.

sehens unseres Standes, nicht die wiederholten Ermahnungen einsichtiger Aerzte konnten bewirken, was die übertriebenen Anforderungen seitens der Kasse zu Stande gebracht haben; so erst wurde das in tiefem Winterschlaf ruhende Solidaritätsgefühl der Aerzte geweckt. Und wenn dieser Erscheinung eine symptomatische Bedeutung zukommt, so müsste man in logischer Consequenz wünschen, dass die Bedingungen, unter denen wir den Behörden, den Kassen, dem Publicum gegenüber leben, sich noch härter, noch unerträglicher gestalten, damit die Abwehrmaassregeln energisch genug und erfolgreich werden.

Weniger aufregend und wegen seiner Naivetät fast belustigend wirkt ein anderer Vertrag, den die Krankenkasse eines Berliner Vororts, deren Mitglieder zum Theil in Berlin wohnen, einer Anzahl von Berliner Aerzten anbieten zu können glaubte. Diese sollen sich verpflichten, als „Vertrauensärzte" diejenigen Patienten, welche ausser Stande sind, einen der 4 angestellten Aerzte aufzusuchen, in ambulante Behandlung zu nehmen, sowie bei Unfällen und plötzlichen Erkrankungen die erste Hilfe zu leisten, jedoch nur dann, wenn die Hilfe der nächsten Unfallstation oder Rettungswache nicht oder nicht schnell genug zu haben ist. Also mit anderen Worten, wenn alle Stränge reissen und auf andere Weise ein erkranktes Kassenmitglied die ihm rechtmässig zustehende ärztliche Hilfe nicht finden kann, dann darf sie auch der „Vertrauensarzt" gewähren. Dass die dafür angebotene Vergütung eine minimale ist, bedarf kaum der Erwähnung, obwohl die Kasse in der Lage ist, ihrem Rendanten ebensoviel Gehalt zu zahlen, als ihren 4 angestellten Aerzten zusammen. Selbstverständlich wurde dieser Vertrag nicht angenommen.

Wir klagen so oft und so eindringlich über das sinkende Ansehen unseres Standes und finden dafür bei Behörden und Publicum wenig Verständniss. Dagegen können wir beobachten, dass das Ansehen der Curpfuscher oder, wie sie sich gern nennen, der „Vertreter der Heilkunde" von Tag zu Tage steigt. Wenn Leute, die zu den „Edelsten der Nation" gehören, bei einem Magnetopathen oder Heilgymnastiker oder dergl. sich ihre Leiden besprechen oder bestreichen lassen, so wird man sich zwar eines Kopfschüttelns nicht erwehren, aber immerhin Erklärungsgründe dafür finden können. Schwerer ist es zu verstehen, wenn sie den „Naturärzten" gewissermaassen die gesellschaftliche Gleichberechtigung gewähren. Dass dies geschieht, muss man aus einem Aufruf schliessen, der dieser Tage an alle Welt verschickt wurde. Es handelt sich um ein Wohlthätigkeitsfest, das vom Deutschen Flottenverein für unsere Chinakrieger veranstaltet wird. Unter dem Aufruf liest man die Namen von Grafen, Freiherrn, Ministern, Universitätsprofessoren und vielen hochgestellten Beamten, neben jedem Namen den Titel oder die Berufsbezeichnung, z. B. Staatsminister, Wirklicher Geheimer Rath, Oberpräsident, Director u. a., und neben einem der Namen steht „Naturarzt, nicht approbirt". Der Naturarzt ist also salonfähig, um nicht zu sagen hoffähig, geworden. Was aber den Unwillen der Aerzte in noch höherem Grade hervorgerufen hat, ist, dass neben einem andern Namen der Titel „Geheimer Medicinalrath" steht, denn in der erlesenen Gesellschaft fehlt auch ein berühmter Ordinarius der medicinischen Facultät nicht; und wenn dieser kein Bedenken trägt, Arm in Arm mit einem Curpfuscher den Wohlthätigkeitssinn der Mitbürger in die Schranken zu fordern, so müssten unsere Klagen über die Gleichstellung der Naturheilkundigen, Heilmagnetiseure, Streichfrauen etc. mit den Aerzten eigentlich verstummen.

Ein sehr schwacher Trost nur kann es uns sein, dass auch die Zahnärzte in ihren socialen und materiellen Bestrebungen durch den unlauteren Wettbewerb seitens nicht approbirter Personen arg leiden; und sie suchen Unterstützung zur Abhilfe ihrer Misere bei den Aerzten. Es besteht vielfach die Sitte, dass Zahntechniker, wenn sie an ihren Patienten Eingriffe in Narkose vornehmen wollen, zur Leitung derselben die Hilfe eines Arztes in Anspruch nehmen. Es ist auch in Aerztekreisen wiederholt die Frage aufgeworfen worden, ob es mit den ärztlichen Standespflichten vereinbar ist, in dieser Weise die Zahntechniker in der Ausübung ihres Gewerbes zu unterstützen. Die „Wirthschaftliche Vereinigung Berliner Zahnärzte" wünscht nun, diese Frage zum Austrag gebracht zu sehen, und wendet sich an die Berlin-Brandenburger Aerztekammer mit einer Eingabe, in der sie die Kammer ersucht, in dieser Frage eine Entscheidung herbeizuführen. In der Begründung wird darauf hingewiesen, dass der Zahntechniker im Falle eines ungünstigen Ausganges der Narkose nicht im Stande sei, die Manipulationen des Arztes zu unterstützen. Dieses Motiv scheint uns von untergeordneter Bedeutung zu sein gegenüber dem anderen, dass die Zahntechniker durch die Beobachtung der ärztlichen Manipulationen allmählich das rein Schematische bei der Ausführung einer Narkose erlernen und sich dann für befähigt halten, solche auch allein auszuführen. Der Kern der Sache ist aber wohl die rein moralische Seite der Frage, nämlich ob es überhaupt angängig ist, nicht approbirten Personen, also Leuten, die wir zu der Classe der Curpfuscher rechnen müssen, obwohl viele von ihnen, wie von den Zahnärzten selbst anerkannt wird, ein recht ansehnliches Maass technischer Fertigkeiten sich erworben haben, in der Ausübung ihrer Thätigkeit zu assistiren.

In unserem vorigen Brief (cf. No. 35) konnten wir berichten, dass in der Frage der Anstellung weiblicher Aerzte eine ablehnende Entscheidung durch den Oberpräsidenten als die zuständige Instanz getroffen worden ist. Da in der Entscheidung zugleich eine „bessere" Zukunft, in der es in Deutschland approbirte Aerztinnen geben würde, in nahe Aussicht gestellt wird, so sollte man meinen, dass die weibliche Schamhaftigkeit schon aus Achtung vor dieser Entscheidung des Oberpräsidenten sich noch die kurze Zeit ohne den Schutz der weiblichen Aerzte würde behelfen können. Aber dieselbe Behörde, durch welche die Beschwerden und Eingaben in dieser Sache schon einmal ihren Weg genommen haben, scheint anderer Ansicht zu sein; denn, wie wir heute lesen, hat die Berliner Sittenpolizei für die Untersuchung der erstmalig Inhaftirten einen weiblichen Arzt angestellt. Da dieser schon Mitte October sein Amt antreten soll, wird fortan nicht mehr die schreckliche Gefahr bestehen, dass die Prostituirten oder der Prostitution Verdächtigen durch das Erscheinen eines männlichen Arztes in ihrem Schamgefühl verletzt werden. Und nun kann vielleicht der Reigen mit Beschwerden, Gesuchen, Eingaben noch einmal beginnen; und bis dann die bereits getroffene Entscheidung noch einmal wiederholt werden kann, wird möglichenfalls das goldene Zeitalter der in Deutschland approbirten weiblichen Aerzte schon begonnen haben.

Ueber die Krankenfürsorge der Landesversicherungsanstalt Berlin im Jahre 1899 wird ein Bericht veröffentlicht, aus welchem hervorgeht, dass die Thätigkeit der Anstalt, insbesondere mit Bezug auf die Lungentuberculose, eine erhebliche Steigerung, nämlich um 64 Proc., erfahren hat. Trotzdem konnte der grossen Anzahl von Anträgen lungenkranker Versicherter nur zum Theil genügt werden, und es liess sich nicht vermeiden, dass zwischen Meldung und Uebernahme der Behandlung immer eine verhältnissmässig lange Zeit verging. Dieser Uebelstand wird bei dem enormen Andrang auch künftig nicht ganz behoben werden können, obwohl für das Jahr 1900 die Anzahl der Plätze in den Lungenheilanstalten verdoppelt und der Etat von 300 000 auf über 700 000 Mark erhöht wurde. Die Erfolge, welche die Behandlung bei den Lungenkranken erzielt hat, scheinen ausserordentlich günstige zu sein. Von 592 aus dem Sanatorium Gütergotz zur Entlassung gekommenen Schwindsüchtigen war bei 85 Proc. Besserung bis zur Wiederherstellung der verloren gegangenen Erwerbsfähigkeit zu constatiren. Dieses im Vergleich zu den sonstigen Verhältnissen überraschend günstige Resultat ist darauf zurückzuführen, dass unter den eingelaufenen Meldungen eine sehr vorsichtige Auswahl getroffen und nur in wirklich aussichtsvollen Fällen die Behandlung übernommen wurde. Bei den nicht lungenkranken Personen gestalten sich die Verhältnisse noch etwas besser; von 459 entlassenen Patienten war bei 89 Proc. die Erwerbsfähigkeit wieder hergestellt, nur 11 Proc. verliessen das Sanatorium als Invaliden. Es besteht die Absicht, im nächsten Jahre die Krankenfürsorge auch auf syphilitische Versicherte auszudehnen; zu diesem Zwecke ist bereits ein Grundstück in einem Vorort Berlins angekauft. K.

Wiener Briefe.

(Eigener Bericht.)

Wien, Ende September 1900.

† **Hofrath Professor Eduard Albert. — Der Ersatz der österreichischen Militärärzte. — Militärstipendien an Mediciner. — Eine neue militärärztliche Applicationsschule.**

Am 26. September verschied in seinem Geburtsorte Senftenberg in Böhmen der Chef der I. chirurgischen Klinik in Wien,

Hofrath Prof. Dr. Eduard Albert. Er erlag, ehe er das 60. Lebensjahr vollendet hatte, einem Herzschlage; nachdem er Abends angeblich noch eine Operation gemacht hatte, ging er um 11 Uhr zu Bette und am Morgen fand ihn seine trostlose Gattin als Leiche. Nur wen die Götter lieben, dem gönnen sie einen so ruhigen, schmerzlosen Tod!

Eduard Albert war zeitlebens ein Liebling der Götter, womit nicht gesagt werden soll, dass er nicht selbst zielbewusst und durch eisernen Fleiss den ihm innewohnenden Talenten zum Durchbruche verhalf. Am 20. Januar 1841 geboren, kam er, 20 Jahre alt, an die Wiener Universität, war 1869—1872 Assistent an der chirurgischen Klinik seines Lehrers Dumreicher, habilitirte sich 1872 als Docent und wurde schon 1 Jahr darnach nach Innsbruck berufen, woselbst er bis 1881 als Lehrer der Chirurgie wirkte. Schon hier in Folge seiner eminenten Redegewandtheit und hervorragenden pädagogischen Talente von seinen Hörern geradezu vergöttert, betrieb er mit Eifer die höhere Mathematik und Philosophie, vertiefte sich dabei in die Geschichte der Medicin, verfasste ein grosses Lehrbuch der Chirurgie, welches seither in 4 Auflagen erschien. In praktischer Hinsicht förderte er das damals neue antiseptische Verfahren, dem er in Oesterreich Geltung verschaffte.

1881 wurde Albert als Nachfolger seines Lehrers Dumreicher nach Wien berufen. Dies ging nicht ohne schwere Kämpfe, denn Billroth und dessen Anhang im Professorencollegium hatten in erster Reihe Professor Czerny in Heidelberg in Vorschlag gebracht. Und Czerny hatte damals auch schon einen grossen Ruf. Für die Berufung Albert's war wohl die Anschauung maassgebend, dass man die Tradition der Schule Dumreicher's an der Wiener medicinischen Facultät erhalten wollte. Diese Tradition der Schule manifestirte sich bald wieder dahin, dass die Mediciner vorerst Dumreicher-Albert inscribirten, um sich an deren Klinik in die Regeln der sogen. kleinen Chirurgie einführen zu lassen, um sodann erst, in der Wissenschaft vorgeschritten, den umfassenderen Vorträgen eines Billroth mit besserem Verständniss folgen zu können. Dumreicher wie Albert konnten viele, viele Stunden lang über Panaritien und Verrenkungen, über Furunkel und Phlegmone etc. sprechen, während Billroth in ebenso vielen Stunden sich über Kriegschirurgie, Ovariotomien, Pylorusresectionen u. dergl. mehr erging. In Albert's Hörsaale drängten sich jahraus-jahrein 300—400 Mediciner, die seinen Vorlesungen und Demonstrationen mit gespanntester Aufmerksamkeit folgten, zu Füssen eines Billroth sassen nur wenige Mediciner und einige Aerzte des Auslandes, welch' Letztere die eminenten Erfahrungen dieses Heroen der Chirurgie zu würdigen wussten. Albert's Vortrag war ebenso klar, als schwungvoll und pathetisch, er citirte lateinische und griechische Classiker und entzückte und fesselte seine Zuhörer durch allerlei geschichtliche Reminiscenzen, die auf den jeweiligen Gegenstand Bezug hatten. Albert erzog seine Hörer auch, indem er sie auf den Ernst des Lebens und auf die hohe Verantwortlichkeit des ärztlichen Berufes aufmerksam machte, seine Schüler bewunderten und liebten ihn.

Eduard Albert hat auch die Chirurgie als solche gefördert. Nachdem er sich an der Seite Stricker's in Thierversuchen genügend ausgebildet, hat er in Innsbruck wie in Wien eine ganze Reihe neuer chirurgischer Verfahren ersonnen, andere verbessert und in die Praxis eingeführt. Wir erwähnen bloss die Arthrodese, die Fixirung von Schlottergelenken, seine Methode der Resection des Unterkieferwinkels behufs Aufsuchung des N. mandibularis, seine Nerventransplantationen, die er als Erster machte, seine Empfehlungen der Totalexstirpation der Schilddrüse u. a. m. Nebst dem classischen Lehrbuche der Chirurgie schrieb er „Beiträge zur Geschichte der Chirurgie", eine „Diagnostik chirurgischer Krankheiten", welche ebenfalls in 4 Auflagen erschien und zahllose Abhandlungen. Zuletzt bearbeitete er die Architectur der menschlichen Knochen und sprach über diesen Gegenstand vor kaum 3 Wochen auf dem internationalen medicinischen Congress in Paris, woselbst er ebenfalls sehr gefeiert wurde.

Albert war auch Herrenhausmitglied, sass im Obersten Sanitätsrathe und war aueh sonst Mitglied zahlreicher gelehrter Gesellschaften. Er war schliesslich auch ein Dichter, seine zahlreichen Uebersetzungen slavischer Werke in's Deutsche gelten als hervorragende literarische Erscheinungen. Alles in Allem — Albert war eine ausgesprochene Individualität, deren unsere Facultät leider nicht mehr viele besitzt!

Als im Jahre 1870 die Josefs-Akademie in Wien, die besondere Bildungsanstalt für Militärärzte, endgiltig aufgehoben war, da wurde vielfach prophezeit, man werde bald nicht mehr in der Lage sein, die für den Friedensetat des Heeres erforderliche Zahl von Militärärzten zu beschaffen, wenn auch für Kriegszeiten durch Einberufung der in der Reserve und in der Landwehr befindlichen Civilärzte genügend vorgesorgt sei. Seither sind schon 30 Jahre abgelaufen, das österreichisch-ungarische Heer besitzt seine Militärärzte in genügender Anzahl und — wie man allgemein glaubt — auch in voller Tüchtigkeit. Die Mediciner studiren an der Universität und erhalten seit Jahren vom Kriegsministerium während ihrer Studienzeit mehrminder ansehnliche Stipendien, wenn sie sich zur Ableistung einer bestimmten Dienstzeit als k. u. k. Militärärzte verpflichten. Sind sie einmal so weit, so lernen sie den Dienst kennen und lieben und bleiben zumeist auch Berufs-Militärärzte.

Ein Erlass des Reichskriegsministeriums, der eben jetzt am schwarzen Brette der Universität affigirt ist, geht dahin, dass mit Beginn des Wintersemesters 1900/1901 seitens des bezeichneten Ministeriums schon vom Beginne des I. Studiensemesters an (früher erst in den späteren Semestern) Stipendien an solche Hörer der Medicin verliehen werden, welche sich verpflichten, sechs Jahre als Berufs-Militärärzte im k. u. k. Heere activ zu dienen. Das Stipendium beträgt vom I. Semester an bis zur Ablegung des ersten Rigorosums (4 Semester) jährlich 480 K., nach Ablegung des ersten Rigorosums jährlich 720 K. und vom neunten Studiensemester an bis zur Erlangung des Doctorgrades jährlich 1008 K.

Das jüngste Verordnungsblatt für das k. u. k. Heer vom 25. September 1900 publicirt die neueste Etappe der Bestrebungen behufs Heranbildung tüchtiger Militärärzte in Oesterreich. Es wird mit 1. October l. J. eine militärärztliche Applicationsschule errichtet. Diese Schule hat in erster Linie den Zweck, den Aspiranten des militärärztlichen Corps die für ihre besondere Berufsthätigkeit im Frieden und im Kriege erforderliche theoretische und praktische Ausbildung zu geben und deren an der Universität erworbenen sachlichen Kenntnisse zu erweitern (ordentliche Hörer). In zweiter Linie soll auch jüngeren activen Militärärzten Gelegenheit geboten werden, an dieser Schule theilzunehmen (ausserordentliche Hörer). Oertlich mit dem Garnisonsspitale No. 1 in Wien vereinigt, besteht die Applicationsschule aus einem einjährigen, von October bis einschliesslich September dauernden Curse.

Die Aspiranten für den Berufstand des militärärztlichen Officierscorps sind verpflichtet, gleich nach erlangtem Doctorgrade in diese Applicationsschule einzutreten und den ganzen einjährigen Turnus der Schule zu frequentiren. Als ausserordentliche Hörer werden auch Berufs-Oberärzte und rangjüngere Regimentsärzte an diese Schule commandirt, resp. es nehmen freiwillig solche Militärärzte Theil, welche eine Vervollständigung ihrer fachtechnischen Kenntnisse anstreben. Vorträge werden abgehalten: über Militärhygiene und Militärpharmakopoe, Kriegschirurgie, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie, Militärsanitätswesen im Frieden und im Kriege, Heeresorganisation, Elemente der Taetik, der Terrainlehre und des Kartenlesens etc. Praktische Uebungen in interner und chirurgischer Diagnostik und Therapie, Ophthalmologie, Laryngologie und Otiatrie, Syphilis und Hautkrankheiten, in den wichtigsten hygienischen Untersuchungsmethoden, pathologisch-anatomischen und gerichtsärztlichen Obductionen, Bacteriologie, Operationsübungen an der Leiche etc. Zwei Monate lang (August und September) werden die ordentlichen Hörer behufs praktischer Erlernung des Spitaldienstes gruppenweise zu den Krankenvisiten auf den Abtheilungen im Garnisonsspitale No. 1 bestimmt und zu dem Inspectionsdienste daselbst herangezogen.

In der zweiten Hälfte des Monats Juli haben sich alle Hörer einer Schlussprüfung zu unterziehen und ist der Gesammterfolg für die Rangbestimmung der Adspiranten bei deren Ernennung zum Berufs-Oberarzte maassgebend, sodann das Ergebniss bei allen Hörern in der Qualificationsliste einzutragen. In einem Berichte des Schulcommandanten am Schlusse des Schuljahres ist insbesondere auf solche Hörer aufmerksam zu machen, die sich durch hervorragende Kenntnisse und Fertigkeit in irgend einem Lehrgegenstande hervorgethan haben.

Die neue Applicationsschule wird also dafür sorgen, dass die jungen Berufs-Militärärzte den an sie gestellten speciellen Anforderungen des militärärztlichen Dienstes sofort und vollkommen entsprechen. Nun gilt es, sie für diesen Beruf zu interessiren und zeitlebens zufrieden zu stellen; das könnte aber nur der Fall sein, wenn die Avancementsverhältnisse günstiger gestaltet würden und wenn die österreichischen Militärärzte endlich auch alle Rechte der Combattanten bekämen, wenn sie — mit wenigen Worten — moralisch und materiell günstiger gestellt wären.

Die Jahresversammlung der British Medical Association zu Ipswich.

Die 68. Jahresversammlung der British Medical Association fand unter ziemlich grosser Betheiligung englischer und fremder Aerzte vom 31. Juli bis 3. August in Ipswich statt.

Von der Ansprache des Präsidenten und den Eröffnungsreden der einzelnen Sectionen sei hier weiter nichts erwähnt, als dass es sich, wie dies zu erwarten war, meist um Themata allgemeineren Inhaltes handelte, besonders um die Entwicklung der einzelnen Zweige unserer Kunst im verflossenen Jahrhundert. Auch über die geschäftlichen Versammlungen will ich an dieser Stelle nicht berichten, doch dürfte es auch deutsche Leser interessiren, dass die British Medical Association beschlossen hat, allen ihren Zweigvereinen Fragebogen zugehen zu lassen, durch welche festgestellt werden soll, zu welchen Preisen die Kassenärzte augenblicklich ihr Amt ausüben und welches die Vermögensverhältnisse der Kassenpatienten sind. Die Gesellschaft beabsichtigt nämlich einen Minimalsatz für alle Kassen festzulegen und ebenso das Maximumeinkommen zu bestimmen, mit welchem Mitglieder in die Kassen aufgenommen werden dürfen. Bis zur nächsten Jahresversammlung sollen Erkundigungen eingezogen werden und soll das gesichtete Material der Versammlung dann vorgelegt werden.

Auch von den verschiedenen Festlichkeiten will ich schweigen, da dieselben sich ja mehr oder weniger auf jedem Congress wiederholen, uns Deutschen kommt es allerdings ungewohnt vor, dass die englischen Collegen ihren Congress alljährlich mit einem gemeinsamen Festgottesdienst eröffnen, zu dem die meisten Aerzte und Aerztinnen im sog. akademischen Costüm erscheinen, d. h. in je nach Rang und Universität mehr weniger prunkvoller Robe und Kapuze. Seitdem das Royal College of Surgeons im vorigen Jahre seinen Mitgliedern auch eine solche Robe erlaubt hat, gibt es nur noch verhältnissmässig wenige Aerzte, die nicht irgendwie zum Tragen der „Gown" berechtigt sind und da der Engländer mehr wie irgend ein anderes Volk an solchen Aeusserlichkeiten hängt, so wird die Gelegenheit, sich in einem etwas aussergewöhnlichen Anzuge den erstaunten Mitbürgern zu zeigen, auch weidlich benutzt.

Gehen wir nun zur Besprechung der wichtigsten zur Verhandlung gekommenen Themata über und beginnen wir mit der Section für Chirurgie.

Rickmann J. Godlee-London eröffnete eine Discussion über die **subphrenischen Abscesse**, bei deren Eintheilung er wesentlich der bekannten Monographie Mayd l's folgte. Er bezeichnet als subphrenischen Abscess jede mit oder ohne Gasbildung verbundene Eiteransammlung zwischen Zwerchfell und diesem anliegenden Gebilden. Godlee gab dann eine genaue anatomische Beschreibung der in Frage kommenden Gegend, besonders auch des Zwerchfells, das er nicht als einzelne Kuppel, sondern als zwei Kuppeln aufgefasst sehen will, die durch die Wirbelkörper geschieden sind. Es gibt keine pathognomonischen Symptome für das Leiden, doch kann durch sorgfältige Auscultation oft schon frühzeitig eine richtige Diagnose gemacht werden. Sehr wichtig ist, dass selbst bei grossen Abscessen, die hoch hinauf reichende Dämpfungen verursachen, die respiratorischen Bewegungen der Brust nicht verändert sind; bei mageren Menschen kann man oft deutlich den unteren Rand der rechten Lunge bei der Athmung auf- und niedersteigen sehen; dieses Zeichen spricht natürlich durchaus gegen einen pleuritischen Erguss oder pleuritische Verwachsungen. Die Ursachen der Abscesse sind: 1. ein perforirtes Magengeschwür, in diesen Fällen wird die Krankheit oft mit Empyem verwechselt. 2. Ruptur eines Darmgeschwüres (Duodenum oder Kolon transversum), meist gelingt es in diesen Fällen nicht, die Perforation zu schliessen, doch kommt es gewöhnlich zur Ausheilung durch Drainage. 3. Subphrenische Abscesse im Gefolge von Erkrankungen des Coecum und Appendix sitzen meist auf der rechten Seite, doch hat Verf. sie auch linksseitig gefunden. 4. Vereiterte Echinococcen der Leber und Milz. 5. Perihepatische Abscesse. 6. Perinephritische Abscesse; zuweilen kann eine eitrige Pyelonephritis von grossem Umfang einen subphrenischen Abscess vortäuschen. 7. Stumpfe Verletzungen der Oberbauchgegend; wahrscheinlich brachte die Verletzung in diesen Fällen ein vorher bestehendes Ulcus zur Perforation. 8. Scharfe Verwundungen. 9. Metastatische Eiterungen. 10. Rippencaries. 11. Senkungsabscesse, die durch das Diaphragma durchbrechen. 12. Aktinomykosis, Tuberculosis, Peritonitis und Pankreatitis.

Bruce Clarke-London hält die Perforation eines Magen- oder Darmgeschwüres für weitaus den häufigsten Entstehungsgrund. Er weist darauf hin, dass es oft nur gelingt, per exclusionem eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose zu machen. Bei der Operation zieht er es vor, zuerst in die freie Bauchhöhle vorzudringen und von hier aus die genaue Lage des Abscesses festzustellen. Die Laparotomiewunde wird dann wieder geschlossen und der Abscess an der vorher festgestellten günstigsten Stelle eröffnet. Fuller-Cape Town empfiehlt warm die Probepunction mit nachfolgender Untersuchung des Eiters. Findet man das Bacterium coli, so spricht dies für einen subphrenischen Abscess und gegen ein Empyem. Bidwell-London will den Geruch des Eiters für die Diagnose verwenden, besonders jauchig riechender Eiter spricht gegen ein Empyem.

Lennander-Upsala beschreibt einen sehr interessanten Fall, der durch Zerreissung der Leber zu Stande kam, der Abscessinhalt bestand aus Blut, Eiter und Galle; der Patient wurde durch die Operation geheilt.

Bidwell-London empfiehlt, gestützt auf 4 Fälle, die Pyloroplastik als bestes Mittel zur **Behandlung der gutartigen Pylorusstenose.** Berg-Stockholm empfiehlt die Gastroenterostomie als Operation der Wahl, da nach der Pyloroplastik häufig nach 2 bis 3 Jahren Recidive auftreten. Er selbst musste unter 8 mit Pyloroplastik behandelten Fällen 4 mal später die Gastroenterostomie ausführen, nach welcher Recidive sehr selten sind.

Robinson-London zeigt einen Mann, bei dem er wegen scheinbar maligner **Erkrankung des Pankreaskopfes** und Verschluss des Choledochus die Gallenblase mit dem Darm verbunden hat. Da es unmöglich war, das Duodenum der Gallenblase zu nähern, so wurde das Kolon transversum zur Fistelbildung benutzt. Der Ikterus und seine Folgen verschwanden. Da es sich herausstellte, dass der Patient vor 33 Jahren an Lues gelitten hatte, bekam er Jodkali, wonach die Resistenz in der Gegend des Pankreas verschwand, so dass Redner glaubt, dass es sich um ein Gumma gehandelt habe.

Wallis-London spricht über die **nicht malignen Stricturen des Rectum** und bekämpft die viel vertretene Ansicht, dass es sich in diesen Fällen um luetische Veränderungen handele. Er macht chronisch septische Zustände verantwortlich, die nicht selten nach Haemorrhoidenoperationen oder nach intra partum entstandenen Verletzungen auftreten. Die Bougiebehandlung ist völlig nutzlos und nur die völlige Excision der Stricturstelle bringt Heilung. Es empfiehlt sich eine präliminare Kolotomie zu machen. Treves-London hält die meisten dieser Stenosen für angeboren und empfiehlt bei den sehr mangelhaften Erfolgen der conservativen Therapie ebenfalls die Excision, eine Ansicht, die auch von Boyd und Godlee getheilt wird.

Stanley Boyd-London spricht über die von Beatson 1896 empfohlene **Castration der Frauen zur Heilung sonst inoperabler Brustcarcinome.** Boyd, der selbst mehrere Frauen operirt hat, hat alle bisher veröffentlichten Fälle gesammelt und gibt eine tabellarische Uebersicht über dieselben. In 17 Fällen schien der günstige Einfluss der Castration sicher und deutlich; in den anderen 21 Fällen war der Erfolg zweifelhaft oder überhaupt nicht vorhanden. In vielen Fällen wurde gleichzeitig Thyreoidextract gegeben, doch scheint dies keinen weiteren Einfluss auf den Verlauf der Krankheit zu haben. Merkwürdiger Weise schien der beste Erfolg bei Frauen aufzutreten, die über 40 Jahre alt waren, aber vor der Castration noch menstruirt hatten. Manchmal trat schon nach einer Woche ein deutliches Schwinden der Tumoren auf.

Auch Hermann-London sprach auf Grund eigener Fälle über den günstigen Einfluss der Castration.

W. H. Bennett-London eröffnete dann eine Discussion **über die Behandlung einfacher Fracturen** und betonte, dass in England im Grossen und Ganzen man die Errungenschaften, die die Neuzeit auch auf diesem Gebiete geschaffen, etwas vernachlässigt habe. Er hat Fragebogen an zahlreiche Chirurgen ausgesandt und hat gefunden, dass die Ansichten sehr auseinandergehen. So empfehlen einige Chirurgen in jedem Falle von Fractur eines Extremitätenknochens eine blutige Operation, während Andere unter keinen Umständen operiren wollen; die Mehrzahl will nur in gewissen Fällen operiren. Operirt man, so ist Draht das beste Vereinigungsmittel, während Schrauben oft Anlass zu Reizung geben. Viele Chirurgen, die in früheren Jahren alle Patellar- und Olekranonfracturen genäht haben, haben dies aufgegeben, da sie schlechte Resultate und selbst Todesfälle hatten; es empfiehlt sich daher, alle Fracturen dieser Art, bei denen die Diastase der Fragmente nur ½—¾ Zoll beträgt, mit Verbänden und frühzeitigen passiven Bewegungen zu behandeln und nur die Fracturen mit grösserem Bruchspalt zu nähen und womöglich bald passiv zu bewegen. Bei der Behandlung der sonstigen Extremitätenfracturen empfiehlt Bennett leicht abnehmbare Verbände, die die Behandlung mit Massage und passiven Bewegungen gestatten.

Howard Marsh-London empfiehlt warm die Drahtnaht der gebrochenen Patella, die er in etwa 70 Fällen mit dem besten Erfolge ausgeführt hat.

Keetley-London bezweifelt den Nutzen der Massage, empfiehlt jedoch frühzeitige active Bewegungen und das häufigere Ausführen der Naht. In der Nähe der Gelenkenden näht er, während er bei Brüchen des Schaftes Nägel einschlägt und dieselben mit Achtertouren von Draht umwickelt und die Fragmente auf diese Weise befestigt.

Jones-Liverpool empfiehlt lange Ruhelage. Er hat durch genaue Messungen festgestellt, dass die Beine anscheinend gut geheilter Patienten sich einige Zeit nach der Entlassung verkürzen und schliesst daraus, dass die Heilung viel länger dauert, als man gewöhnlich annimmt. Massage und Bewegungen verwirft er.

Eve-London glaubt, dass jeder aseptisch arbeitende Chirurg Patellarfracturen sofort nähen soll. Frühzeitige passive Bewegungen hält er für nützlich, dagegen verwirft er die Massage. Zur blutigen Behandlung verwendet er nur Draht, da Schrauben und Nägel oft den Knochen zersprengen.

Hutchinson jun.-London empfiehlt die Naht der Patellarfracturen, verwirft dagegen die Massagebehandlung, welche von Burghard-London für die Radiusfractur und die supramalleoläre Fractur warm empfohlen wird.

Im Schlusswort wendet sich Bennett noch einmal gegen das Nähen der Patellarfracturen mit geringer Diastase, während er zugibt, dass Massage bei den Brüchen im Kindesalter meist nicht verwendbar ist.

P. J. Freyer-London sprach dann über die **Entfernung grosser Steine aus der Blase.** Unter seinen letzten 400 Operationen fand er 53 mal einen Stein, der über 60,0 wog, doch machte er nur 13 blutige Operationen, während er alle anderen Fälle durch Litholapaxie heilte. Er erklärt die Litholapaxie als die einzig berechtigte Methode der Steinentfernung (eine Aeusserung, der wohl mancher Chirurg entgegentreten wird; Ref.).

Cadge-Norwich und Nicolaysen-Christiania empfahlen die Cystotomia suprapubica als am meisten geeignet für den Durchschnittschirurgen, der nicht Gelegenheit hat, fast täglich den Lithotripter zu benützen. Harrison-London empfahl eine von ihm zuerst angegebene perineale Operation, mit welcher er und Milton 50 Fälle grosser Steine operirt. Keegan-London bricht ebenfalls eine Lanze für die unblutige Methode und behauptet, dass die Mortalität der suprapubischen Operation in Indien 50 Proc. betrage, und Freyer behauptet, dass diese Operation in London eine ebenso hohe Mortalität gebe. (Wie schlecht müssen diese Lithotripterkünstler doch das Messer handhaben, wenn sie wirklich eine derartig hohe Mortalität haben. Ref.)

Jackson Clarke-London eröffnete eine Discussion **über Skoliose, Genu valgum und Plattfuss,** die er als Belastungsdeformitäten auffasst. In jedem Fall prädisponirt jedoch eine Schwäche der Bänder und Weichheit der Knochen zur Entstehung der Deformität. Namentlich sind es leichtere Formen der Rachitis und eine angeborene Disposition zu Arthritis rheumatica, die zur Entstehung der genannten Deformitäten prädisponiren. Diese Jugendkrankheiten führen auch zur Entstehung von Adenoiden im Nasenrachenraum, die ihrerseit wieder Anlass zu Brustverkrümmungen geben. Es kommt desshalb Alles darauf an, durch geeignete Kinderernährung das Auftreten dieser prädisponirenden Momente zu verhüten. Er verwirft durchaus den Genuss gekochter oder sterilisirter Milch und empfiehlt dringend rohe Milch als Kindernahrung. Hat sich die Deformität doch ausgebildet, so empfiehlt es sich nicht, das Kind in's Bett zu legen, sondern active Gymnastik im Verein mit einer starren Bandage (Eisenschiene) verdienen den Vorzug.

Mackenzie Davidsohn-London zeigte einige **Verbesserungen in der Röntgentechnik,** als deren wesentlichste zu bezeichnen ist, dass es ihm gelang, das Princip des stereoskopischen Sehens auch auf das Arbeiten mit dem fluorescirenden Schirme zu übertragen, indem er zwei Hittorf'sche Röhren benutzt, die abwechselnd verdunkelt werden.

Phelps-New-York sprach dann über die **offene Durchschneidung bei Klumpfuss,** die Indicationen zur Operation und den Missbrauch, der damit getrieben wurde. Er hat seit 1878 1650 Fälle operirt und keinen Todesfall erlebt. In den letzten 700 Fällen ist er stets ohne Osteotomie ausgekommen. Bis zum 4. Monat ist jede Operation überflüssig, nach dieser Zeit jedoch gelingt die Redression durch die Hand nur noch selten und man muss Tenotomien, vor Allem die der Achillessehne, vornehmen. Erst wenn Tenotomien keine Heilung bringen, kommt die offene Operation in Frage. Der Einschnitt verläuft am inneren Fussrand vom inneren Malleolus zum Halse des Astragalus; es gelingt dann leicht, den Fuss überzucorrigiren und zu fixiren. Vor Allem muss der vordere Schenkel des Ligam. deltoid. durchschnitten werden. In sehr seltenen Fällen bedarf es noch einer Osteotomie durch den Hals des Astragalus und noch seltener kommt eine Keilexcision aus dem Calcaneus in Frage. Nützt Alles nichts, so gibt die Amputation nach Pirogoff die besten Resultate.

Clarke und Tubby, sowie Noble Smith und Williams (alles Londoner Chirurgen) sprachen sich entschieden gegen die Vornahme der offenen Operation aus, da sie nie einen Fall gesehen hätten, der nicht durch Manipulationen, Massage und Verbände zur Heilung zu bringen sei.

Hutchinson jun.-London empfiehlt, gestützt auf 6 eigene Operationen, die Amputation nach Syme durch die Amputatio sub astragalo zu ersetzen; der hierdurch geschaffene Stumpf ist länger, breiter und besser ernährt als der nach der Syme'schen Operation entstehende. Auch bleibt die Bewegung im Fussgelenk erhalten, wodurch der Gang elastischer wird.

Spencer-London empfiehlt dieselbe Operation auch zum Ersatz der Chopart'schen. Die Methode Faraboeuf's ist die beste.

Burghard-London sprach über die **Entfernung des oberen Halsganglion des Sympathicus,** die er 3 mal ausgeführt hat. In einem Glaukomfalle trat keinerlei Besserung ein, in den beiden anderen Fällen handelte es sich um Neubildungen. Er macht die Operation von einem vor dem Sternomastoideus gelegenen Schnitte aus. Stets traten bald nach der Operation folgende Symptome auf: Ptosis, Miosis und heftiger Kopfschmerz mit Röthung des Gesichtes, irgendwelche Aenderungen in der Pulsfrequenz oder im intraocularen Druck wurden nicht beobachtet.

In der unter dem Vorsitz von Buzzard-London abgehaltenen Abtheilung für innere Medicin eröffnete Bury-Manchester eine Discussion über die **im Gefolge der Influenza auftretenden Erkrankungen des Nervensystems.** Es gibt zwei Arten solcher Erkrankung, die eine entsteht schon während des acuten Stadiums und verläuft gewöhnlich unter dem Bilde der Meningitis oder Encephalitis, die andere verdankt ihre Entstehung wohl einem weniger virulenten Toxin und tritt erst einige Zeit nach dem Fieberstadium auf und häufig findet man in diesen Fällen kein anatomisch nachweisbares Substrat der Erkrankung. Bei der ersten Gruppe kann man wieder zwischen einem comatösen und einem mit Delirium einhergehenden Krankheitstypus unterscheiden. Das Coma bietet eine sehr schlechte Prognose und bei der Section findet man eine haemorrhagische Meningoencephalitis, die Gefässe sind im Sinne der Endarteritis verändert und thrombosirt; zuweilen kann man den Pfeiffer'schen Bacillus nachweisen. Bei Kindern sieht man häufiger Delirien und zwar treten sie oft erst später auf. Im Gegensatz zu den postdiphtheritischen treten die Nervenkrankheiten bei Influenza weniger in bestimmten Gruppen auf. Redner warnt dann davor, wie es häufig geschieht, alle möglichen Nervenkrankheiten der Influenza in die Schuhe zu schieben; dann fragt er die Anwesenden, ob nach ihrer Erfahrung häufiger die motorischen oder die sensiblen Nerven ergriffen werden und ob Jemand eine Erkrankung der Athemmuskeln gesehen hat.

Broadbent-London hat einen Fall von multipler Neuritis nach Influenza gesehen, der durch Lähmung der Athemmuskeln zum Tode führte; er hat eine Epidemie auf einem Schiffe gesehen, bei der 6 Personen den comatösen Typus darboten.

Eade-Norwich glaubt, dass besonders die Medulla oblongata ergriffen wird und nicht, wie Gowers annimmt, die motorischen Nerven. Die Erkrankung der Medulla erklärt auch die Häufigkeit der Herzaffectionen nach der Influenza.

Clifford Allbutt-Cambridge warnt davor, alle möglichen Krankheiten als Folgen der Influenza aufzufassen, nach ihm werden namentlich die vorderen Hirnabschnitte ergriffen. Bei der Meningoencephalitis empfiehlt er die Lumbalpunction zum Nachweis der Krankheitserreger.

Newton Pitt-London und Mullick-London glauben, dass besonders die motorischen Nerven erkranken, während Moore-Dublin die Ansicht vertritt, dass viele der nach Influenza beobachteten Störungen rein functioneller Natur sind; die Herzaffectionen sind stets nervösen Ursprungs, das Myocardium bleibt gesund.

Buzzard-London glaubt, dass bei vielen der Influenza zugeschriebenen Nervenerkrankungen die Influenza nur insofern anzuschuldigen ist, als sie eine latent vorhandene Krankheit, wie Tabes, Melancholie, Manie etc. zum acuten Ausbruch bringt. Die Nachkrankheiten sind toxaemischen Ursprungs, darauf deutet besonders die unregelmässige Vertheilung der Lähmungen, wie man dies auch bei postsyphilitischen Erkrankungen findet.

Dann sprach **Payne**-London über das **runde Magengeschwür,** das, wie er glaubt, heute sehr viel häufiger vorkommt, wie früher. Im St. Thomas-Hospitale kamen in den 6 5jährigen Perioden von 1870—1899 je 30, 38, 70, 103, 174 und 216 Fälle zur Behandlung. Selbst wenn man annimmt, dass heute mancher Fall zur Operation gesandt wird, der früher wegfiel, so bleibt der Unterschied zwischen 30 und 216 Fällen doch so gross, dass man wohl an eine Zunahme der Erkrankung denken muss. Andere Affectionen des Verdauungscanales haben übrigens auch zugenommen, so vor Allem die Appendicitis. Leider haben wir diagnostisch in den letzten 30 Jahren nichts Neues gelernt. Schmerzen, Erbrechen und Magenblutung sind noch immer wie früher die Hauptkennzeichen, dazu kommt als neues Symptom die Hyperacidität, doch warnt Verfasser dringend davor, in auf Magengeschwür verdächtigen Fällen die Magensonde zu benutzen.

Schmerzen finden sich auffallend selten, Erbrechen fast immer, Blutung häufiger bei günstig, als bei tödtlich verlaufenden Fällen. (Bei 48 mit dem Tode endigenden Fällen nur 14 mal, in gut verlaufenden Fällen bei 95 Proc. der Fälle.)

Redner sprach dann über die Differentialdiagnose der Erkrankung, über ihr 10 mal häufigeres Vorkommen bei Frauen als Männern und über die Ursache des Geschwüres. Therapeutisch sucht er den Magen völlig ruhig zu stellen und ernährt er desshalb ausschliesslich per rectum. Gibt man etwas Wasser per os, so kann die Rectalernährung 14 Tage durchgeführt werden, sonst nur 7. Bei dieser Behandlung tritt nicht selten Aceton im Urin auf, was Redner als Hungererscheinung auffasst. Dieselbe Ursache erzeugt bei Diabetes und chronischem Alkoholismus Acetonurie.

Habershon-London weist an einer Statistik seines Vaters nach, dass bei Frauen die Neigung zu Magengeschwüren bis zum Alter von 30 Jahren rapid ansteigt, von dort bis zu 50 Jahren langsamer, um dann bis zu 60 Jahren rapid zu fallen. Bei Männern dagegen steigt die Disposition langsam von der Jugend bis zum Lebensende. Er glaubt, dass eine bisher noch unbekannte Schädlichkeit für die Häufigkeit der Erkrankung bei jungen Mädchen verantwortlich zu machen sei.

Gordon-Exeter hofft viel von der jetzt möglichen Untersuchung frisch excidirter Ulcera und bittet alle durch Operation gewonnenen Präparate genau (auch bacteriologisch) zu untersuchen.

Newton Pitt-London warnt dringend, aus der Haematemesis allein ein Magengeschwür zu diagnosticiren, Blutbrechen sei viel häufiger durch andere Krankheiten, als durch Magengeschwüre bedingt, in manchen Fällen ergäbe die Section überhaupt keinen Aufschluss über die Quelle der Blutung.

Pye-Smith-London glaubt nicht an einen bacteriellen Ursprung der Geschwüre, er hat meist Venenthrombosen gefunden. Rectalernährung will er nur 24 Stunden lang durchgeführt wissen, eine Ansicht, der sich Saundby-Birmingham anschliesst, er

will die Diagnose nur machen, wenn mehrere der Cardinalsymptome zu gleicher Zeit vorhanden sind, und empfiehlt zur Behandlung kleine Dosen von Magnes. sulphur. und Eisen. Pope-Leicester empfiehlt namentlich Resorcin, das in Dosen zu 0,3 mehrmals täglich sehr schmerzstillend wirke.

Dann sprach **McKeown**-Manchester über **Kopfweh und andere nervöse Symptome als Folgeerscheinungen von adenoiden Wucherungen.** Er erklärt die Ansicht, dass diese Störungen auf mangelhafter Sauerstoffzufuhr beruhen, für falsch und spricht eine noch unbekannte Blutveränderung oder Reflexwirkung als Ursachen an.

Zwei weitere Vorträge über die diastolische Expansion der Ventrikel als ein Factor in der Compensation bei Mitralfehlern von Wilson-Birmingham und über Pulsus intermittens von Cushny-Michigan seien hier nur kurz erwähnt.

In der Section für Geburtshilfe und Gynäkologie (Präsident Griffith-London) eröffnete Berry **Hart**-Edinburg eine Discussion über die **Anzeigepflicht bei Puerperalfieber.** Er unterscheidet 3 Arten von Puerperalfieber: 1. die acute Form, die meist nach schweren Zerreissungen des Genitalschlauches oder nach Retention von Theilen der Eihäute oder Placenta auftritt; 2. die lymphatische und 3. die venöse Form. Die zweite Form ist die häufigste und bietet das typische Bild der Sapraemie dar, während die venöse Form sehr schwer zu diagnosticiren sein kann, da sie unter dem Bilde eines Typhus und anderer Fieberkrankheiten verlaufen kann. Redner wendet sich dann gegen die von Playfair so energisch vertretene Ansicht, dass das Puerperalfieber durch schlechte Canalisation verursacht werde. (Eine Ansicht, die leider in England überall geglaubt wird. Refer.) Nur Fälle von Pyaemie sollten angezeigt werden, während locale septische Erkrankungen und sapraemische Zustände nicht angezeigt werden sollten. Die Anzeigepflicht gibt Auskunft über die Häufigkeit dieser Zustände und erleichtert das Auffinden und Unterdrücken leichtsinniger und nachlässiger Hebammen. Hand in Hand mit der Anzeigepflicht muss aber ein wohlgeordnetes Hospitalwesen gehen, so dass schwere Fälle in das Hospital verlegt und eventuell isolirt werden können.

Smyly-Dublin spricht zuerst gegen den Ausdruck Puerperalfieber, den er durch Septikaemie ersetzt wissen will. Von dem Nutzen der Anzeigepflicht hält er nicht viel, wolle man anzeigen, so müsse man auch jeden Fall von Sepsis nach chirurgischen Operationen zur Anzeige bringen. Dem praktischen Arzt würde die Anzeigepflicht und der Name Puerperalfieber viel schaden, da das Publicum mit demselben stets Nachlässigkeit des Arztes in Verbindung bringe.

Campbell-Belfast spricht dieselbe Befürchtung aus und betont, dass thatsächlich sehr selten der Arzt, dagegen häufig die Pflegerin verantwortlich zu machen sei. In recht vielen Fällen entstehe die Krankheit ohne äussere Ansteckung von innen her bei Frauen, die früher an Gonorrhoe gelitten hatten, eine Ansicht, die von Boxall-London bestätigt wird.

Macan-Dublin bezweifelt die Autoinfection als ein auch nur einigermaassen in Betracht kommendes Moment, von der Anzeigepflicht hält er nicht viel, da die Aerzte stets versuchen werden, sie zu umgehen. Er fordert bessere Ausbildung der Aerzte und der Hebammen. Namentlich der Hebammendienst sei augenblicklich noch sehr schlecht organisirt und die meisten sogen. Hebammen auf dem Lande hätten keinerlei Vorbildung genossen.

Auch Byers-Belfast glaubt nicht an die Autoinfection, er will die Anzeigepflicht eingeführt sehen, da nur dadurch die Krankheit beschränkt werden könne. Vor Allem aber empfiehlt er bessere Ausbildung der Aerzte und die Einführung der äusseren Untersuchung.

Targett-London hält den Arzt für das Vorkommen des Puerperalfiebers verantwortlich, er befürwortet die Anzeigepflicht, da es durch sie gelinge, eine Reihe sonst verlorener Fälle in sachgemässe Behandlung und gute Pflege zu bringen.

Helme-Manchester versucht noch einmal den Arzt gegen Targett in Schutz zu nehmen und die Häufigkeit der Autoinfection zu betonen. Zum Schluss nimmt die Versammlung die Resolution an, dem Council die Einführung der Anzeigepflicht zu empfehlen.

Dann sprach **Targett**-London über die **Cephalotripsie am nachkommenden Kopfe.** Er perforirt in der Suboccipitalgegend und führt dann ein Blatt des Cephalotriptors in diese Oeffnung, während er das andere Blatt über das Gesicht legt.

Griffith-London will nur bei todten Kindern zur Kraniotomie schreiten, lebende aber durch den Kaiserschnitt entwickeln.

Purslow-Birmingham empfiehlt die Perforation am nachkommenden Kopfe durch den Mund vorzunehmen.

Nachdem Frl. **Catharine van Tussenbroek**-Amsterdam über die **Bildung der menschlichen Placenta** gesprochen hatte, eröffnete **Alban Doran**-London eine Discussion über die **Naturgeschichte der Fibrome des Uterus** und über ihre moderne Behandlung. Er weist darauf hin, wie verschieden zu verschiedenen Zeiten das Wachsthum derselben Geschwulst bei derselben Frau ist und wie man durchaus nicht darauf rechnen kann, dass mit der Menopause ein Stillstand eintritt. Die meisten Fibroide verlangen keine Operation und die Statistik taugt schon desshalb nichts, weil manche Operateure jedes kleine Myom entfernen; dadurch verbessert sich natürlich die Operationsstatistik bedeutend. Wird die Entfernung nöthig, so empfiehlt sich am meisten die Amputation mit retroperitonealer Stilversorgung; die Castration gibt sehr unsichere Resultate.

Berry Hart-Edinburgh glaubt, dass die englischen Gynäkologen im Grossen und Ganzen in der Behandlung der Fibrome zu conservativ vorgehen. Die bessere Blutstillung und die Beckenhochlagerung haben die Operation sehr vereinfacht. Alle Versuche, den Stumpf zu ligiren, sind verwerflich. Die Menopause bringt selten spontane Besserung.

Smyly-Dublin war früher viel conservativer, hat es aber oft zu bereuen gehabt, ein Fibrom nicht operirt zu haben. Er bevorzugt die Panhysterectomie, die die schwierige Frage der Stumpfversorgung aus der Welt schafft. Doyen's Methode ist die einfachste.

Harrison Cripps-London wendet sich gegen Champneys, der am Material des St. Bartholomew's Hospital, an welchem auch Cripps thätig ist, nachzuweisen versuchte, dass die Mortalität des nicht behandelten Fibroms 3 auf 2 000 000 beträgt.

Roger Williams-Bristol warnt vor der Operation, da von nichtoperirten Fällen nur 1 von 2000 am Fibrom zu Grunde geht, während die Mortalität der operirten Fälle 10 Proc. beträgt. Er berechnet, dass in England etwa 1 Million myomkranker Frauen lebt, würden diese alle operirt, so würden 100 000 sterben. (Es ist wirklich unglaublich, wie die Statistik gemissbraucht wird. Refer.)

Campbell-Belfast wendet sich gegen diese theoretischen Tüfteleien und führt aus, dass die Kranken, deren Myome gar keine Beschwerden machen, von selbst aus der Betrachtung wegfallen, da sie nicht in Behandlung kommen. Meist liegen die Verhältnisse so, dass die Kranken eben zum Arzte kommen, weil sie Beschwerden haben und er hält es für chirurgisch richtig, den Tumor zu einer günstigen Zeit, d. h. nicht zu spät zu entfernen. Gegen die Blutungen empfiehlt er Calciumchlorid zusammen mit Hydrastis.

Es sprachen dann noch 2 Frauen, Mrs. Stanley Boyd und Mrs. Scharlieb-London. Beide wollen etwa nothwendige Operationen möglichst conservativ ausgeführt wissen, namentlich sollen, wo irgend thunlich, die Ovarien erhalten bleiben.

(Die eigenthümlichen Ansichten mancher englischer Gynäkologen beruhen wohl auf dem Umstande, dass die Gynäkologen früher stets und heute noch oft aus der Classe der Internisten hervorgehen und daher nur wenig chirurgische Erfahrung haben; kein geringerer als Playfair hat vor einigen Jahren einmal weidlich über diese Gynäkologen sich lustig gemacht, deren alleinige Thätigkeit darin besteht, wöchentlich ein- auch zweimal das os uteri ihrer Patientinnen mit Carbol zu betupfen. Refer.)

Nach einem Vortrag von Mrs. **Scharlieb**-London über **vaginale Hysterectomie** und von Dr. **Briggs** über **vaginale Enucleation der Myome** eröffnete **Byers**-Belfast die Discussion über **post partum-Blutungen, ihre Verhütung und Behandlung.** Bei Aufzählung der verschiedenen Ursachen spricht Redner auch über das Chloroform, dessen Anwendung er für ganz unschädlich hält, nur muss es mit den Wehen gegeben werden. Selbst tiefe Narkose verursacht keine Blutungen, wohl aber die oft zu hastig vorgenommene Entwicklung. Prophylaktisch kommt vor Allem in Betracht, dass man nie entwickelt, wenn keine Wehen vorhanden sind; oft greift der Arzt bei secundärer Wehenschwäche zur Zange, doch ist dies völlig falsch, man muss Opium geben und warten, es stellen sich schon wieder Wehen ein. Bei Placenta praevia soll man nie sofort nach Ausführung der Wendung entwickeln. Sehr wichtig ist auch die richtige Leitung der Nachgeburtsperiode, nie soll man die Placenta vor Ablauf von 20 Minuten oder mehr ausdrücken, auch hiergegen wird oft gefehlt. Vermuthet man, dass vielleicht Blutungen auftreten können, so gibt man einige Tage vor der Entbindung Calciumchlorid. Die Behandlung der Blutung besteht in Massage und wenn dies nicht hilft, in heissen Salzwassereinspritzungen. Die Hand darf man nur dann in den Uterus einführen, wenn man ziemlich sicher ist, dass Eireste die Blutung verursachen. Antiseptica und Eisenchlorid sind zu vermeiden. Tamponade ist nur selten nöthig, zuweilen steht die Blutung, wenn man den Uterus nach abwärts zieht. Bei Herzschwäche zögere man nicht zu lange mit der subcutanen Injection von physiologischer Salzlösung. Auch Campbell-Belfast und Briggs-Liverpool empfehlen die Cervix anzuhaken und herunterzuziehen wodurch oft die Blutung gestillt wird.

Purslow empfiehlt warm die Tamponade.

Griffith-London, der Präsident der Section, warnt davor, auch die Nachgeburtsperiode, wie dies in England üblich ist, in Seitenlage zu leiten. Chloroform praedisponirt nach ihm zu Blutungen und gibt er desshalb vor der Narkose Ergotin. Bei Blutungen zieht er heisse Ausspülungen allen anderen Maassregeln vor; er weist zum Schluss darauf hin, dass man im Nothfall mit gewöhnlichen Streifen alter Leinwand tamponiren kann, man muss sie nur auskochen und kann sie vor dem Gebrauch noch mit Whisky tränken.

Es sprechen dann noch Mrs. Boyd-London über die conservative Chirurgie der Adnexe und Purslow-Birmingham über totale Uterusinversion, die 3 Jahre lang bestand.

In der Abtheilung für Hygiene sprach der Vorsitzende Dr. **Thresch**-London über die **Verbesserung der sanitären Verhältnisse auf dem Lande.**

Dr. **Raw**-Liverpool hielt dann einen Vortrag über **den Bau von städtischen Sanatorien für Schwindsüchtige.** Er hält dies für absolut nothwendig neben der Anzeigepflicht der Krankheit und der unentgeltlichen Desinfection der Häuser, in denen Phthisiker wohnten. Er glaubt, dass der jetzt gegen die Tuberculose unternommene „Kreuzzug" das Publicum so vorsichtig machen wird, dass in einigen Jahren kein Phthisiker mehr eine Anstellung finden wird. Dann werden alle diese Leute den Steuerzahlern

zur Last fallen und es wird sicherlich billiger sein, durch den Bau von freien Sanatorien die Krankheit zu beschränken als alle die Erkrankten zu versorgen.

Der nächste Vortrag, von Dr. **Drew Harris**-St. Helens, behandelte die Frage der **städtischen Milchsterilisation**, die seit einiger Zeit in St. Helens durchgeführt ist und gut arbeitet. Die Einrichtung kostet etwa 10 000 Mark, die täglichen Kosten belaufen sich auf 16 Pfennige.

Es folgte ein Vortrag von Prof. **Boyce**-Liverpool über den **Bau von Phthisikersanatorien.**

Dann sprach **Houston**-London über die **modernen (bacteriellen) Verfahren der Unschädlichmachung der Faecalien** und führte in längerer Rede aus, dass diese Verfahren den am meisten zu fürchtenden Typhusbacillus nicht unschädlich machen. Mehrere andere Redner bestätigten seine Ansicht und es schien aus der Discussion hervorzugehen, dass dies vor nicht langer Zeit so ausserordentlich gelobte Verfahren ziemlich allgemein sich als nicht erfolgreich herausgestellt hat.

Sehr interessant, aber für ein Referat ungeeignet war der Vortrag **Tew's** und die darauffolgende Discussion über den **Bau von Arbeiterhäusern auf dem Lande und sein Einfluss auf die allgemeine Gesundheit.**

Es folgte ein Vortrag von **Kenwood**-London über das **Eingreifen der Localbehörden bei der Verhütung der Tuberculose, abgesehen von der Milch- und Fleischcontrole.**

Allem voran steht die Verbesserung der sanitären Verhältnisse und der Lebensbedingungen der ärmeren Classen; durch hierauf zielende Bemühungen ist die Zahl der Erkrankungen bei Männern in den letzten 30 Jahren um 40 und bei Frauen um 54 Proc. gefallen. Der Hauptfactor in der Verbreitung der Tuberculose ist die Ueberfüllung der Wohnräume. Dann muss das Publicum erzogen werden, die Phthise, mehr als das bisher geschehen, als ansteckende Krankheit zu betrachten. Die Presse, die Schule und die Kirche müssen den Arzt darin unterstützen. Sofort nach Empfang des Todtenscheines soll der Standesbeamte den Amtsarzt verständigen, dass in dem Hause ein Phthisiker gestorben ist und der Amtsarzt soll sich mit dem behandelnden Arzte in Verbindung setzen und eine kostenfreie gründliche Desinfection empfehlen. Damit Kranke sich schonen können und ihren Mitarbeitern nicht gefährlich werden, soll die Zwangsversicherung aller Arbeiter wie in Deutschland eingeführt werden.

Es muss ferner für Hospitäler gesorgt werden, in denen Tuberculöse, die durch ihre Lebensgewohnheiten oder durch die Art ihrer Erkrankung ihrer Umgebung gefährlich werden, auf Antrag des behandelnden Arztes und des Amtsarztes zwangsweise behandelt werden können; auch für Sanatorien ist zu sorgen (bisher bestehen derartige Sanatorien in England nur für die wohlhabenden Classen).

Von allergrösster Bedeutung ist die Anzeigepflicht der Phthise, deren Einführung mit allen Kräften anzustreben ist. Nur hierdurch kann der Amtsarzt von jedem Phthisiker erfahren und kann seine Wohnung besuchen und ihn und seine Umgebung auf die nöthigen Vorsichtsmaassregeln aufmerksam machen. In Manchester hat man seit längerer Zeit eine freiwillige Anzeige eingeführt und erhält der Arzt für die Anzeige eines noch nicht gemeldeten Falles 2 M. 50 Pf., für die Angabe eines Wohnungswechsels 1 M. und für die Meldung eines schon früher von einem anderen Arzte gemeldeten Falles ebenfalls 1 M. Der Amtsarzt besucht dann das Haus, empfiehlt Desinfection, die fast nie verweigert wird und gibt mündliche und schriftliche Verhaltungsmaassregeln. Der Besuch wird alle 14 Tage wiederholt.

Die Kosten dieser Maassnahmen belaufen sich auf 6000 M. für je 100 000 Personen.

In der Discussion sprachen sich eine Anzahl Redner gegen die Anzeigepflicht aus, andere wollten sie nur bei Fällen angewandt wissen, die in Hôtels und ähnlichen Anstalten vorkämen. (So wie die Dinge augenblicklich hier liegen, ist die gesetzliche Einführung der Anzeigepflicht nicht zu erwarten. Refer.)

Von mehr localem Interesse war der Vortrag **Pattin's**-Norwich über die **Pflicht der Behörden, Nachtquartiere für die Allerärmsten unter der Bevölkerung zu schaffen.** Wie aus der Discussion hervorging, haben die meisten Städte, die derartige Versuche angestellt haben, mit grossem Verluste gearbeitet und erklärt sich dies nicht zum Wenigsten durch die schmutzigen Gewohnheiten und die Zerstörungssucht der niedersten Classen.

Sehr interessant war der Vortrag **Grünbaum's**-Liverpool über den **Zusatz von antiseptischen und Färbemitteln zu Nahrungsmitteln.** Der breit angelegte Vortrag berücksichtigte auch die Sitten und Gesetze anderer Länder und Völker. Am Schlusse der Discussion fasste die Versammlung den Beschluss, den Behörden anzuempfehlen, jeden Zusatz von Präservativmitteln zu Milch, Butter, Käse, Bier und Wein absolut zu verbieten.

Zu erwähnen sind noch zwei Vorträge über **Krebsfragen,** der eine von **Oldfield,** in dem Redner dafür eintritt, dass reichlicher Fleischgenuss das Entstehen des Carcinoms begünstigt und der zweite von **Scott**-Witham über die **Krebssterblichkeit in East Anglia.**

Die Sitzungen der Abtheilung für Psychologie fanden unter dem Vorsitz von Smith-London statt, der in seiner Eröffnungsrede auf die erschreckende Zunahme der Geisteskrankheiten hinwies und ausführte, wie man durch Verhinderung der Heirathen neuropathischer Individuen, sowie der Alkoholiker und Luetiker gegen diese Vermehrung ankämpfen müsse.

Macnaughton Jones-London sprach über den **Zusammenhang zwischen den Sexualerkrankungen und Geisteskrankheit und Verbrechen** und empfahl dringend ein häufigeres Zusammenarbeiten zwischen Gynäkologen und Irrenärzten. Andere Redner verwarfen in der Discussion sehr energisch die gynäkologische Untersuchung Geisteskranker als Routinevornahme; nur dann sollen Irre untersucht werden, wenn wirklich Anzeichen einer Unterleibserkrankung vorhanden sind. Smith-London betonte geradezu, dass eine Reihe von Frauen seiner Meinung nach ihr Irresein dem Gynäkologen und seinen vielfachen Manipulationen verdankten.

Nach einem kurzen Vortrage Passmore's sprach **Jones**-Claybury über die **Geisteskrankheiten unter Bleiarbeitern.** Von seinen 1050 männlichen Patienten verdanken 35 ihre Krankheit ihrem Gewerbe, in dem sie sich Bleivergiftung zuzogen. Die Erscheinungen sind recht verschieden, doch kommen häufig epileptiforme Anfälle vor, dabei theilweise Lähmungen und Erblindung, so dass der Zustand einer Dementia paralytica gleicht. Unter roborirender Diät und Freiluftbehandlung, Massage und dem Gebrauch von Abführmitteln bessert sich häufig der Zustand.

In der Discussion weist Corner-London darauf hin, dass viele Fälle unter dem Bilde eines Delirium tremens oder der transitorischen Manie in ein Hospital gebracht werden und hier so rasch sich bessern, dass sie keine Asylbehandlung benöthigen.

Es folgten Vorträge von **Turner** (Essex County Asylum) über die **pathologische Histologie der acuten mit Delirien einhergehenden Manie,** von **Turner**-London über die **Behandlung der Epileptiker in ländlichen Colonien,** sowie von **Easterbrook**-Edinburgh über die **Organotherapie der Geisteskrankheiten.** Redner hat Jahre lang an Geisteskranken Versuche mit Thyreoidin, Thymus, Hypophysen, Gehirn, Milz, Hoden, Ovarien, Nebennieren, und anderen Extracten angestellt. Behandelt wurden nur Kranke, deren Irresein durch andere Methoden nicht gebessert wurde. Die Kranken wurden im Bett gehalten, gut genährt, regelmässig gewogen, auch wurde ihr Urin regelmässig untersucht. Die Harnstoff- und Phosphorausscheidung wurde regelmässig bestimmt.

130 Kranke wurden mit Thyreoidin behandelt, gab man grössere Dosen, so folgte stets Fieber, Gewichtsverlust und vermehrte Harnstoffausscheidung. Geheilt wurden 12, gebessert 29 Patienten, unbeeinflusst blieben 89. Unter den Heilungen fanden sich 4 Fälle von Stupor, 3 von puerperaler Manie, 1 von Lactationsmelancholie, 1 von Myxoedem, 1 von einfacher Melancholie und 2 von klimakterischer Melancholie. Die anderen Organextracte zeigten weniger gute Wirkung, wie Redner zahlenmässig nachweist.

Soutar-Gloucester und Smith-London geben an, dass sie mit den Resultaten der von ihnen vorgenommenen Versuche sehr wenig zufrieden sind.

Whitwell-Melton sprach über den Zusammenhang zwischen **Herzkrankheiten und Irresein** und **Craig** (Bethlem Hospital) gab seine Resultate von **Blutdruckbestimmungen bei Irrsinnigen.**

Mit einem Vortrage des Präsidenten **Smith**-London über **periphere Neuritis und Irresein** schlossen die Verhandlungen dieser Abtheilung, die künftighin den Namen Abtheilung für Psychiatrie tragen soll.

Prof. **Haliburton**-London, der Vorsitzende der Abtheilung für Physiologie eröffnet eine Discussion über die **Bildung und Ausscheidung der Harnsäure im gesunden und kranken Zustande,** in der die bekannten Anschauungen der englischen Aerztewelt über die Harnsäurediathese einmal wieder, wie schon so oft, durchgesprochen wurden, ohne dass etwas Neues zu Tage gefördert wurde.

Von grösserem Interesse waren zwei Vorträge von **Thompson**-Belfast und **Buxton**-London, die sich mit der **Wirkung der Anaesthetica auf die Nieren** beschäftigten. Thompson hat gefunden, dass Aether Diurese mit vermehrter Stickstoffausscheidung bewirkt, während Chloroform das Gegentheil verursacht. Mischung von Chloroform und Aether beeinflusst die Nierensecretion nicht. Nach jedem Anaestheticum ist die Menge der Chloride im Urin stark vermindert, häufig tritt Albuminurie und fast immer Glykosurie auf. Buxton fand hingegen, dass bei Menschen nach einer Aethernarkose die Urinmenge für etwa 24 Stunden etwas herabgesetzt war, während die Concentration erhöht war. Es werden also gleiche Mengen Harnsalze ausgeschieden, die Wasserverminderung beruht auf Verminderung der Zufuhr, sowie Verlust durch Erbrechen. Albuminurie fand er nur in 2½ Proc. der Fälle, doch wird vorher bestehende Albuminurie meist durch die Narkose vermehrt.

Waller-London verwirft den Aether und zieht für die meisten Fälle Chloroform vor, das nur scheinbar gefährlicher ist.

(Schluss folgt.)

Aus den italienischen medicinischen Gesellschaften.

Medicinisch-chirurgische Gesellschaft zu Bologna.

In der Sitzung vom 5. Juli 1900 theilt **Barbera** seine Resultate über die **Untersuchung der chemischen Zusammensetzung der Milch nach längerem Hungern und bei darauf erfolgender Wiederernährung** mit, welche geeignet sein sollen, unsere Anschauungen über den N-Stoffwechsel etwas zu modificiren.

Die Kohlehydrate und Fette, sowie einige anorganische Substanzen, so schliesst Barbera aus seinen Versuchen, vermindern die Ausscheidung des N aus dem Körper nicht allein dadurch, dass die Zerstörung der circulirenden Eiweisssubstanzen und der Ge-

webe gespart wird, wie man jetzt allgemein annimmt, sondern vielleicht noch mehr dadurch, dass der N der Eiweisssubstanzen der Nahrung oder der nicht assimilirbaren N-Substanzen der Gewebe, wenn er auch in richtiger Weise modificirt und in den Geweben enthalten ist, doch sich nicht zur Assimilirung eignet.

Um zur Assimilirung geeignet zu sein, bedarf der Stickstoff der Vereinigung in bestimmten Proportionen mit einigen Elementen, welche in den Fetten, Kohlehydraten und Salzen enthalten sind. Mit anderen Worten: die sogen. Sparsubstanzen machen die N-Ausscheidung aus dem Nahrungseiweiss und dem Gewebseiweiss geringer dadurch, dass sie sich selbst aufzehren und dadurch die circulirenden oder festen Eiweisssubstanzen vor der Zerstörung bewahren.

Medicinische Gesellschaft zu Sassari.

Sitzung vom 14. Juni 1900.

Ist der Schnupfen durch Impfung übertragbar?

Fermi versuchte eine Ansteckung durch Uebertragung des Mund- und Nasensecrets von 60 an Coryza erkrankten Individuen auf sich selbst und Gesunde. Niemals in 400 Fällen gelang eine solche Uebertragung, ebensowenig gelang sie in 40 Fällen bei Influenza.

Bezüglich der **Zerstörung des Tetanusgiftes im Magen und Darmcanal** theilen **Cano Brusco** und **Frasetto** ihre experimentellen Resultate mit. Diese Zerstörung soll erfolgen nicht durch Fermente, nicht durch die Galle, nicht durch den Darmcanal, die Lieberkühn'schen Drüsen, sondern durch die Mucosa.

Die zerstörende Eigenschaft ist sehr stark im Darm der Meerschweinchen, schwächer in dem der Kaninchen, ganz unwirksam im Darm der Schildkröten, der Kröten, der Hühner, i. e. der Thiere, welche gegen Tetanus refractär sind. Hager-Magdeburg-N.

Verschiedenes.

Therapeutische Notizen.

Ileus und Atropin. Herr Dr. Russow in Ampel über Taps, Esthland, theilt uns folgenden Fall mit: Ein 50jähriger esthnischer Feldarbeiter wurde mir am (13.) 26. Juli dieses Jahres als krank gemeldet — seit 2 Tagen kein Stuhlgang und Windabgang —; ich schickte eine 2prom. Atropinlösung hin mit der Weisung, alle 3 Stunden 8 Tropfen (also 0,001 pro dosi) zu geben. Am Nachmittag konnte ich ihn selbst sehen und machte nach vergeblichen — etwa eine Stunde fortgesetzten — hohen Eingiessungen eine Atropininjection von 0,004! und gab die Weisung, innerlich in der oben angegebenen Weise Atropin weiter zu geben. Am Nachmittag des nächsten Tages hörte ich vom Patienten, die Schmerzen, Aufstossen und Singultus hätten aufgehört, sonst sei der Zustand unverändert. Die Pupillen waren mittelweit und reagirten auf Licht, der Puls ebenso wie Tags zuvor um 100 pro Minute, Temperatur 37,3. Das Aussehen ebenso verfallen wie am Tage vorher, der Leib ebenso aufgetrieben. Wieder nach einer Stunde fruchtlose Wassereinläufe; eine Injection von 0,004 Atropin und die Weisung, wie bisher fortzusetzen. Ausserdem am nächsten Morgen 1 Esslöffel Ricinus und statt 8 Tropfen 15 Tropfen der Lösung zu geben. Als ich am nächstfolgenden Tage (dem 3. seit Patient in meiner Behandlung stand) eben wieder hinfahren wollte, kam die Meldung, der Besuch sei unnütz, da am Morgen reichlicher Stuhl erfolgt und das Wohlbefinden wieder ganz hergestellt sei. Patient hatte also im Laufe von 2×24 Stunden ca. 0,015 g Atropin im Ganzen erhalten.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 2. October 1900.

— Der Verband der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirthschaftlichen Interessen, dessen Gründung wir in unserer vorigen Nummer mittheilten, ist das Ergebniss einer Discussion, die in den letzten Nummern des „Aerztlichen Vereinsblattes" sich abspielte. Dort hatte zuerst ein Dr. Warmiensis in einem „Aerzte aller deutschen Staaten, vereinigt Euch!" betitelten Artikel auf die Nothwendigkeit der Organisation der Aerzte nach dem Muster der grossen Arbeiterorganisationen und die Niederlegung der Arbeit als die einzigen Mittel zur Verbesserung der ärztlichen Lage hingewiesen, und Dr. Hartmann-Leipzig führte den Gedanken weiter, indem er logischer Weise die Gründung einer grossen „Streikkasse" für die Aerzte des deutschen Reiches forderte. Es kann keinen besseren Beweis für die Nothlage eines Theiles des deutschen Aerztestandes, dessen Idealismus unerschütterlich schien, geben, als die Thatsache, dass ein so radicaler Vorschlag auf fruchtbaren Boden fallen konnte. Nachdem aber die Hoffnung, dass die staatlichen Organisationen der Aerzte zur Verbesserung der materiellen Lage derselben würden dienen können, zunächst wenigstens in Sachsen, fehlgeschlagen ist, ist es begreiflich, dass die Aerzte nunmehr zu dem einzigen Mittel greifen, das den Krankenkassen gegenüber Erfolg verspricht, der Niederlegung der ungenügend entlohnten Arbeit und der Unterstützung der hierdurch geschädigten Collegen. Thatsächlich sind auf die Anregung Dr. Hartmann's hin bereits zwei Vereinigungen entstanden, die dieses Ziel verfolgen, der von Dr. Hartmann selbst gegründete, oben genannte Verband und der „Verein zum Schutze ärztlicher Interessen zu Ludwigshafen a. Rh.". Beide Vereinigungen wenden sich an die Gesammtheit der deutschen Aerzte mit Aufrufen, deren Wortlaut wir an anderer Stelle dieser Nummer mittheilen. Mit dem letztgenannten Verein wird sich auch die Generalversammlung des Vereins Pfälzischer Aerzte am 18. ds. Mts. beschäftigen.

Verwandte Töne wurden auch in der Sitzung des Aerztlichen Bezirksvereins München vom 28. ds. angeschlagen. Man berieth dort in Anknüpfung an das imperti[illegible]nte (in No. 3 d. W. abgedruckte) Rundschreiben, das eine Münchener Kasse an ihre Aerzte gerichtet hatte, über die Mittel, wie solchen Ausschreitungen in Zukunft wirksam zu begegnen sei. Dabei wurde in der Discussion die Gründung einer Streikkasse ebenfalls als das einzig wirksame Mittel bezeichnet. Die gefassten Beschlüsse bezwecken, ausser der Brandmarkung derjenigen Collegen, welche sich in dem speciellen Falle dem von den Aerzten gegen die Kasse gerichteten Proteste nicht angeschlossen hatten, durch sofortige öffentliche Namennennung, die Organisation sämmtlicher Münchener Kassenärzte. Nach allen bisherigen Erfahrungen wird aber auch diese Organisation praktische Erfolge nur dann erzielen können, wenn sie sich rüstet, im Nothfalle auch den Kampf mit den Kassen aufzunehmen.

— Das kgl. Staatsministerium des Innern hat als Mitglieder der Commission zu der im Jahre 1901 abzuhaltenden Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst in Bayern folgende Herren bestimmt: 1. Hans Buchner, kgl. Universitätsprofessor in München, 2. Dr. Anton Bumm, kgl. Universitätsprofessor und Director der Kreisirrenanstalt in München, 3. Dr. Adolph Dorffmeister, kgl. Regierungs- und Kreismedicinalrath in Regensburg, 4. Dr. Moritz Hofmann, kgl. Universitätsprofessor und Landgerichtsarzt in München.

Am 1. ds. fand die VIII. Generalversammlung des Pensionsvereins für Wittwen und Waisen bayerischer Aerzte im Reisingerianum zu München statt. Auf der Tagesordnung standen eine Reihe wichtiger, vom Verwaltungsrath gestellter Anträge, die sämmtlich Annahme fanden. Wir heben daraus hervor die Abschaffung der Eintrittscapitalien für neu eintretende Mitglieder und die Erhöhung der Jahrespension für die Wittwen von 200 auf 300 M., beides unter entsprechender Erhöhung der Jahresbeiträge. Ausführlicher Bericht folgt.

— Der württembergische Krankenkassenverband hat in einem Bericht an das Ministerium des Innern sich über die ärztliche Behandlung seiner Kassenmitglieder dahin ausgesprochen, dass nichtapprobirte Medicinalpersonen von der Behandlung der Kassenmitglieder ausgeschlossen sein sollen, dass aber Wundärzte 2. Klasse und approbirte Heilgehilfen ausnahmsweise zugelassen werden können. Aus der Begründung dieses lobenswerthen Beschlusses ist der Satz interessant, „dass der heutige Arzt schon mehr oder weniger Naturarzt sei und meist mit dem Arzneibedürfniss des Publicums im Kampfe stehe".

— Die 72. Naturforscherversammlung in Aachen hat als nächstjährigen Versammlungsort Hamburg und zu Geschäftsführern den Director des physikalischen Staatslaboratoriums Prof. Voller und Geh. Medicinalrath Dr. Reincke ernannt. Erster Vorsitzender der Gesellschaft ist für das kommende Jahr Prof. Hertwig-München.

— Das Comité für Krebsforschung hat sich durch Eintritt namhafter Gelehrter erweitert. Zu nennen sind Geheimrath Dr. Fiedler-Dresden, Obermedicinalrath Dr. v. Grashey-München, Geheimer Medicinalrath Dr. Krieger-Strassburg, Geheimer Obermedicinalrath Dr. Neidhart-Darmstadt, Geheimer Medicinalrath Prof. Dr. Krabler-Greifswald, Prof. Dr. Löbker-Bochum (letztere Beiden als Vertreter des Ausschusses der Preussischen Aerztekammern) u. A. — Prof. Dr. Roswell Park, Director des Institutes für Krebsforschung an der University of Buffalo (New-York) hat dem deutschen Comité seine Glückwünsche zur Constituirung und Bereiterklärung zur Mitarbeiterschaft ausgesprochen. In den Vorstand des Comités ist Regierungsrath Dr. Wutzdorff, Abtheilungschef im Kaiserlichen Gesundheitsamt eingetreten, so dass der Vorstand sich aus Geheimrath v. Leyden als Vorsitzenden, Geheimrath Prof. Dr. Kirchner und Regierungsrath Wutzdorff als Stellvertreter und Dr. George Meyer als Schriftführer zusammensetzt. Für die Zählung aller an einem bestimmten Tage im Deutschen Reiche vorhandenen Krebskranken sind die Vorarbeiten so weit gefördert, dass die Versendung der erforderlichen — eine Viertelmillion an Zahl betragenden — Drucksachen beinahe fertiggestellt ist.

— Pest. Grossbritannien. Nach weiteren Mittheilungen aus Glasgow war daselbst vom 10. bis 15. ds. Mts. nur ein neuer verdächtiger Fall beobachtet, dagegen waren vom 15. bis 17. ds. Mts. 5 Erkrankungsfälle an der Pest vorgekommen. 4 der letzteren stammten aus einer Familie in dem versuchten Bezirk, 1 Erkrankung betraf eine im Krankenhause beschäftigte Reinmachefrau. Insgesammt waren am 19. September 21 Erkrankte in Behandlung und 105 Personen unter Beobachtung. Die Zahl der Todesfälle stellte sich bis zum 19. September auf 4; die als pestkrank anerkannten Personen werden fast alle als „milde" oder „leicht" krank bezeichnet. — Britisch-Ostindien. In der Präsidentschaft Bombay wurden während der am 17. August endenden Woche 187 Erkrankungen (und 114 Todesfälle) an der Pest festgestellt, d. h. 69 mehr als während der Vorwoche. In der Stadt Bombay kamen während der vier Wochen vom 21. Juli bis 18. Aug. nacheinander: 90—77—49—103 Erkrankungen und 71—44—55—58 Todesfälle an der Pest zur amtlichen Anzeige. Die Gesammtzahl der Sterbefälle in der Stadt ist während derselben vier Wochen stetig gestiegen, sie betrug nacheinander: 1465—1483—1522—1979. Unter letzterer Zahl befanden sich einschliesslich der als ver-

dächtig bezeichneten Fälle angeblich nicht weniger als 318 Pesttodesfälle und 746 Choleratodesfälle. Die Zahl der Pesttodesfälle in Bombay während dieser Woche (318) wäre hiernach, wenn man die verdächtigen Fälle mitrechnet, 5 bis 6 mal höher als die amtlich gemeldete (58) gewesen. — Hongkong. In der Woche vom 4. bis 11. August sind nach der amtlichen Statistik in der Kolonie noch 28 Todesfälle an der Pest vorgekommen. Indessen ist bereits durch Bekanntmachung der Kolonialregierung vom 11. August, veröffentlicht in der Government Gazette vom gleichen Tage, die Kolonie Hongkong für frei von Beulenpest erklärt worden. — Queensland. Nach einem Berichte der Central-Gesundheitsbehörde waren in der Kolonie bis zum 4. August, Mittags, insgesammt 87 Erkrankungen an der Pest vorgekommen, von denen 39 tödtlich abgelaufen waren und 22 sich noch in Behandlung befanden. In der Woche vom 4. bis 11. August waren aus Townsville 6 neue Erkrankungen, aus Brisbane 3 (1 Todesfall), aus Rockhampton 3 (2) bekannt geworden.

— In der 37. Jahreswoche, vom 9. bis 15. September 1900, hatten von deutschen Städten über 40 000 Einwohner die grösste Sterblichkeit Altendorf mit 36,9, die geringste Offenbach mit 8,4 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Scharlach in Beuthen, Elbing; an Diphtherie und Croup in Kottbus; an Unterleibstyphus in Hamburg.

(Hochschulnachrichten.)

Berlin. Zum Oberarzt am städtischen Krankenhause in Altona ist als Nachfolger von Prof. Krause der Privatdocent an der Universität Berlin Dr. Fritz König, Assistent an der chirurgischen Universitätsklinik, ein Sohn des ord. Professors der Chirurgie Franz König, gewählt worden.

Erlangen. Zum ord. Professor der Augenheilkunde und zum Director der Universitäts-Augenklinik wurde der a. o. Professor an der Universität München Hofrath Dr. J. N. Oeller ernannt. (Die Facultät hatte in Anbetracht der alljährlich wachsenden Frequenz und der Thatsache, dass die Erlanger Augenklinik eines der besteingerichteten Institute in Deutschland ist, die Berufung eines Ordinarius gewünscht und als solche in Vorschlag gebracht: 1. Wagenmann-Jena, 2. Bernheimer-Innsbruck, 3. Vossius-Giessen; für den Fall jedoch, dass die Ernennung eines Inländers gewünscht würde, wurde der a. o. Professor Dr. Schlösser-München vorgeschlagen.)

Heidelberg. Der a. o. Professor und Assistent der psychiatrischen Klinik Dr. Gustav Achaffenburg legt sein Lehramt nieder, um als Gefängnissarzt nach Magdeburg überzusiedeln.

Florenz. Habilitirt: Dr. L. Herlitzka für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Genua. Habilitirt: Dr. N. Buccelli, bisher Privatdocent zu Neapel, für Neurologie und Elektrotherapie.

Helsingfors. Der Professor an der medicinischen Facultät zu Stockholm, Dr. Tigerstedt, wurde zum Professor der Physiologie ernannt.

Modena. Habilitirt: Dr. G. Palazzi für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Neapel. Habilitirt: Dr. A. Soiaro für medicinische Pathologie; Dr. D. Ventra für Psychiatrie; Dr. N. Sorrentino für Dermatologie und Syphilis.

Prag. Der a. o. Professor der Neurologie und Psychiatrie, Dr. C. Kuffner, wurde zum o. Professor an der czechischen medicinischen Facultät ernannt.

(Todesfälle.)

Der Professor der Chirurgie an der Universität Wien, Hofrath Dr. Eduard Albert, starb am 26. d. M. auf seinem Sommersitze zu Senftenberg in Böhmen an einem Herzschlage, 59 Jahre alt.

(Berichtigung.) Zur Vermeidung von Irrthümern theile ich im Auftrage der Firma Schröter-Connewitz mit, dass das von mir in No. 30 der Münch. med. Wochenschr. beschriebene Besteck ohne Inhalt 4 M. kostet.

Verband der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirthschaftlichen Interessen.

Collegen in Stadt und Land! Die mächtige Entwicklung der Krankenkassen hat, Dank dem Wohlwollen, dessen sich dieselben seitens des Staates erfreuen, unseren Aerztestand in grosse Bedrängniss gebracht und eine hochgradige Nothlage desselben hervorgerufen. Nur ganz verschwindend wenig Kassen bezahlen ihre Aerzte so, wie es sich gehört, die allermeisten zahlen viel weniger, als die, überdies völlig veraltete, Minimaltaxe, viele so wenig, dass einem die Schamröthe in das Gesicht steigt, wenn man daran denkt, ersetzen aber das Minus an klingendem Lohn durch ein reichliches Plus an hochfahrender und demüthigender Behandlung ihrer Kassenärzte, ja, nicht wenige treiben ein frivoles Spiel mit deren ganzer wirthschaftlicher Existenz. Die Krankencassen befinden sich in der bevorzugten Lage, uns die Arbeitsbedingungen zu dictiren und beuten als die brutalsten aller Arbeitgeber und Lohndrücker der schlimmsten Art unsere Arbeitskraft in rücksichtslosester Weise aus, und das um so leichter, weil sie wissen, dass unsere materielle Noth uns uneinig macht. Für die in Aussicht stehende Aenderung der Krankenversicherung hat man auch wieder nur die Krankenkassen gehört, uns Aerzte aber, wie gewöhnlich, einfach bei Seite geschoben. Gegen diese traurigen Verhältnisse hat sich unsere bisherige Organisation allein als ohnmächtig erwiesen, sie hat darin keinen Wandel zu schaffen vermocht, und das nur desshalb, weil derselben die pecuniäre Stütze fehlt. Ohne Geldmittel ist bis jetzt noch kein Lohnkampf siegreich geführt worden! Es ist desshalb hohe Zeit, dass etwas Ernstliches geschieht; geredet und geschrieben ist nun genug, wir wollen uns energisch unserer Haut wehren! Wir haben desshalb zur Wahrung unserer auf's Aeusserste gefährdeten wirthschaftlichen Interessen einen Verband aller deutschen Aerzte in's Leben gerufen, um unsere Ziele durch die Wucht gemeinsamen Vorgehens zu erreichen; so sind wir im Stande, unsere traurige Lage zu bessern und uns einen wirksamen Schutz gegen grasse Ausbeutung und die maasslosen Uebergriffe der Kassenvorstände zu gewähren. Es ist desshalb eine Forderung der Vernunft sowohl, als auch eine Ehrenpflicht für jeden Collegen, gleichviel ob Kassenarzt oder nicht, sein Solidaritätsgefühl zu bethätigen, und eingedenk dessen, dass Einigkeit stark macht, einer der unserigen zu werden und unserem Verband als Mitglied beizutreten!

Anmeldungen zum Beitritt nimmt der unterzeichnete Vorsitzende entgegen.

Verband der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirthschaftlichen Interessen.

Der Vorstand:

Dr. Hartmann-Leipzig-Connewitz, Vorsitzender.
Dr. Hirschfeld. Dr. Göhler. Dr. Götz.
Sanitätsrath Dr. Sahler. Dr. Mejer. Dr. Donalies.

An die deutschen Aerzte!

Am 4. September hat sich in Ludwigshafen a. Rh. der „Verein zum Schutze ärztlicher Interessen" gebildet, nachdem schon längere Zeit vorher Besprechungen zwischen Aerzten aus Ludwigshafen und Umgebung stattgefunden hatten.

Der Verein, welcher gegründet ist auf der Erkenntniss, dass nur Selbsthilfe — durch feste, straffe Organisation, geschlossenes Vorgehen, Ansammeln von Unterstützungsgeldern (sogen. Streikgeldern) und ausgedehnte Agitation in Fach- und politischen Blättern — das gesunkene Ansehen und die materielle Lage des Aerztestandes wieder heben kann, fordert hiemit die Aerzte Deutschlands auf, sich allenthalben in der gleichen Weise zu organisiren und von der erfolgten Organisation dem unterzeichneten Mitglied des Ludwigshafener Vereins Kenntniss zu geben, damit möglichst bald ein Delegirtentag einberufen werden kann, zur Aufstellung eines gemeinsamen, streng durchzuführenden Programms.

Seit langer Zeit sind wir gewohnt, fast in jeder Nummer des Vereinsblattes für Deutschland die verschiedenen Missstände, an denen der ärztliche Stand gegenwärtig leidet, ausführlich besprochen zu finden. Zugleich bringt eine weitere Reihe von Artikeln Vorschläge, wie dem allgemein gefühlten Uebel abzuhelfen sei. Gerade die letzte Zeit zeitigte solche Vorschläge in reichlicher Fülle, nachdem es bekannt wird, dass von der Seite, von der unser Stand am schwersten geschädigt wurde, nämlich der socialen Gesetzgebung, für uns nichts zu hoffen ist, dass die Novelle zum Krankenversicherungsgesetz, die demnächst den Reichstag beschäftigen soll, für uns Aerzte durchaus nichts übrig hat.

Die Reichsregierung, die die Erfahrung gemacht hat, dass aus unserer Haut bisher so gut Riemen schneiden war, und dass wir zufrieden waren mit der fleissigen Versicherung geneigten Wohlwollens, will die für sie so angenehme Beschäftigung noch weiter fortsetzen, während gleichzeitig die von der Regierung allein gutachtlich gehörten Krankenkassen selbstverständlich nur ihre geschäftlichen Vortheile in dem Gesetz zu wahren suchen und keinen Grund zu haben glauben, für eine Besserung der Kassenarztverhältnisse in unserem Sinne einzutreten. Von einer Mitwirkung der Aerzte bei dem neuen Gesetz konnte man Abstand nehmen, da die Aerzte sich bisher ein derartiges Beiseiteschieben ruhig gefallen liessen, höchstens gegen solche Beiseitesetzung auf ihren Versammlungen eine Resolution losliessen, die in den Fachzeitschriften veröffentlicht wurde, in denen es ausser den Aerzten, die es bereits wussten, Niemand gewahr wurde.

Diese Thatsachen haben, wie gesagt, in letzter Zeit eine grössere Zahl Vorschläge zur Abstellung der verschiedenen Uebelstände im Gefolge gehabt, von denen der des Herrn Dr. Warmiensis und im Anschluss daran, der des Herrn Dr. Hartmann besondere Beachtung verdienen. Und um die Zahl der Vorschläge nicht noch weiter zu vermehren, sondern sogleich etwas Positives zu bieten, hat eine Anzahl Collegen aus Ludwigshafen a. Rh. und Umgebung die Ideen der Herren Warmiensis und Hartmann aufgegriffen, hat den „Verein zum Schutze ärztlicher Interessen zu Ludwigshafen a. Rh." gegründet und tritt hiedurch mit seinem vorläufigen Programm vor die Collegen.

Der Verein steht auf dem Principe der Selbsthilfe durch möglichst feste Organisation aller Aerzte Deutschlands in zahlreichen localen Vereinen und engen Zusammenschluss all' dieser Vereine zu einem grossen deutschen Verband. Gemeinsame Krankenkasseninteressen und Gruppirung so, dass Aerzte mit gleichen Interessen in steter Berührung mit einander sind, werden zur Abgrenzung der localen Vereine als grundlegend gedacht. Nur in einer solchen Organisation erblickt der Verein eine gute Waffe im Kampfe um sein Recht, nachdem die Erfahrung gelehrt hat, dass die staatliche Organisation, auch da, wo sie nicht bloss Fata morgana geblieben ist, in der Hauptsache, in der Besserung der materiellen Lage des Aerztestandes, völlig versagt.

Eine weitere Waffe in unserem Kampf, und nicht die geringste, ist das Geld, und der Verein beginnt sofort nach Hart-

mann's Vorschlag mit der Sammlung regelmässiger Wochenbeiträge von 1 M. zur Bildung einer Streik-, oder wenn man so will, einer Unterstützungskasse, um damit Collegen, welche im Kampfe um unsere Sache materiellen Schaden erleiden, schadlos zu halten.

Als dritte gute Waffe betrachtet der Verein die Agitation in der Fach- wie in der politischen Presse und zwar in ausgedehntem Maasse und durch energische Stellungnahme zu allen unseren Stand und unsere materiellen Interessen berührenden Fragen. Dazu gehört endlich eine rege Propaganda bei den Collegen, um allmählich mehr und mehr, ja alle deutschen Aerzte für dieses Programm zu gewinnen.

Und es möge mit dieser heutigen Veröffentlichung der Beginn einer solchen Propaganda gemacht werden:

Aerzte Deutschlands, vereinigt, organisirt Euch, bildet Vereine mit dem hier skizzirten Programm. Macht von der erfolgten Gründung dem Unterfertigten Mittheilung, damit in Bälde ein Delegirtentag aller Vereine einberufen werden kann, zur Aufstellung gemeinsamer Statuten. Sage Niemand, wir haben jetzt annehmbare Verhältnisse, wir können damit zufrieden sein; „si vis pacem para bellum" gilt auch bei uns.

Und wenn, was sicher kommen wird, nach den Vorpostengefechten in Remscheid, Elberfeld etc., der Kampf zwischen Aerzten und Krankenkassen auf der ganzen Linie entbrennt, so glauben wir, dass nur mit unsern oben erwähnten Waffen, d. h. durch feste, straffe Organisation wir denselben mit Aussicht auf Erfolg aufnehmen können.

Der Verein zum Schutze ärztlicher Interessen zu Ludwigshafen a. Rh.

I. A.: Dr. F. Scherer.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Niederlassung: Dr. Hermann Saar, appr. 1899, München.

Erledigt: Die Bezirksarztstelle I. Classe in Kaufbeuren und die Bezirksarztstelle I. Classe in Zusmarshausen. Bewerber um dieselbe haben ihre vorschriftsmässig belegten Gesuche bei der ihnen vorgesetzten kgl. Regierung, Kammer des Innern, bis zum 12. October l. Js. einzureichen.

In den dauernden Ruhestand versetzt: Der Bezirksarzt I. Classe, Medicinalrath Dr. Friedrich Tuppert in Hof, seinem Ansuchen entsprechend, wegen zurückgelegten 70. Lebensjahres unter Anerkennung seiner langjährigen, treuen und ersprieslichen Dienstleistung.

Gestorben: Dr. Michael Nothhaft, München, 38 Jahre alt.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 38. Jahreswoche vom 16. bis 22. September 1900.

Betheil. Aerzte 185. — Brechdurchfall 57 (82*), Diphtherie, Croup 14 (19), Erysipelas 9 (8), Intermittens, Neuralgia interm. 2 (4), Kindbettfieber 1 (—), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 3 (5), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. — (1), Parotitis epidem. — (1), Pneumonia crouposa 6 (7), Pyaemie, Septikaemie — (1), Rheumatismus art. ac. 12 (11), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 3 (9), Tussis convulsiva 13 (11), Typhus abdominalis 1 (6), Varicellen — (4), Variola, Variolois — (—). Summa 121 (169).

Kgl. Bezirksarzt Dr. Müller.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 38. Jahreswoche vom 16. bis 22. September 1900.

Bevölkerungszahl: 463 000.

Todesursachen: Masern 2 (2*), Scharlach — (—), Diphtherie und Croup 3 (2), Rothlauf 1 (1), Kindbettfieber 1 (—), Blutvergiftung (Pyaemie) — (2), Brechdurchfall 15 (12), Unterleibstyphus 1 (—), Keuchhusten 1 (1), Croupöse Lungenentzündung — (—), Tuberculose a) der Lungen 25 (30), b) der übrigen Organe 6 (5), Acuter Gelenkrheumatismus — (1), andere übertragbare Krankheiten 1 (1), Unglücksfälle 4 (2), Selbstmord 1 (—), Tod durch fremde Hand — (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 246 (265), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 27,6 (29,8), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 13,0 (14,6).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten in Bayern: Juli[1]) und August 1900.

Regierungsbezirke bezw. Städte mit über 30,000 Einwohnern	Brechdurchfall		Diphtherie, Croup		Erysipelas		Intermittens, Neuralgia int.		Kindbettfieber		Meningitis cerebrospin.		Morbilli		Ophthalmo-Blennorrh. neonator.		Parotitis epidemica		Pneumonia crouposa		Pyaemie, Septikaemie		Rheumatismus art. ac.		Ruhr (dysenteria)		Scarlatina		Tussis convulsiva		Typhus abdominalis		Varicellen		Variola, Variolois		Zahl der Aerzte überhaupt	Zahl der betheil. Aerzte
	J.	A.	J.	A.	J.	A.	J.	A.	J.	A.	J.	A.	J.	A.	J.	A.	J.	A.	J.	A.	J.	A.	J.	A.	J.	A.	J.	A.	J.	A.	J.	A.	J.	A.	J.	A.		A.
Oberbayern	665	1065	70	79	45	78	10	20	8	5	—	1	325	169	19	25	8	12	80	77	3	3	115	129	3	5	39	29	102	125	11	11	24	24	—	—	891	284
Niederbay.	147	237	22	37	29	22	9	7	3	5	—	—	158	48	—	2	6	2	59	43	3	2	48	18	1	1	2	6	24	33	1	15	8	9	—	—	181	84
Pfalz	697	712	90	73	25	27	9	2	4	7	—	1	136	125	2	1	7	3	110	68	1	—	41	32	—	1	14	19	15	14	18	27	18	8	—	—	286	121
Oberpfalz	291	434	21	24	17	22	5	3	1	3	—	2	631	135	1	3	2	2	97	76	4	2	37	47	2	1	22	4	44	44	7	7	14	9	—	—	156	76
Oberfrank.	187	191	42	32	28	10	3	4	3	2	—	—	216	113	—	—	23	1	97	64	—	—	37	28	1	—	23	26	12	21	3	5	12	3	—	—	195	73
Mittelfrank.	677	1038	72	53	32	33	5	4	6	6	—	2	64	35	14	10	1	4	143	96	9	5	91	60	2	—	31	34	96	95	13	8	19	34	—	—	355	200
Unterfrank.	275	357	31	24	8	20	1	1	—	—	—	—	46	22	1	—	2	3	67	48	4	5	22	18	3	1	10	5	93	113	12	27	9	2	—	—	313	96
Schwaben	423	465	47	42	34	23	3	—	2	3	1	1	310	100	4	2	7	5	78	40	3	—	56	34	2	—	14	8	185	117	3	3	16	7	1	1	284	154
Summe	3362	4499	395	364	218	235	45	41	27	31	1	7	1886	747	41	43	56	32	731	512	27	17	447	366	14	9	155	131	571	562	68	103	120	96	1	1	2661	1088 [2])
Augsburg[3])	89	158	10	7	9	5	—	—	—	1	—	1	39	10	—	1	3	1	14	8	—	—	10	10	—	—	1	1	27	31	1	1	—	—	1	1	59	59
Bamberg	35	48	4	3	2	2	1	—	—	—	—	—	4	—	—	—	1	—	3	4	—	—	8	6	1	—	14	12	1	12	3	—	1	1	—	—	40	11
Kaiserslaut.	29	28	3	4	1	9	—	—	—	—	—	—	4	8	—	—	—	—	1	8	1	—	1	1	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	21	7
Ludwigshaf	130	102	6	4	2	3	1	—	—	—	—	—	22	21	1	—	2	—	11	9	—	—	7	5	—	—	11	7	—	3	2	2	1	—	—	—	21	21
München[3])	332	517	45	38	20	40	2	1	5	5	—	1	100	58	11	19	6	10	33	37	—	—	68	80	—	1	34	23	71	65	8	10	16	14	—	—	542	198
Nürnberg	450	769	48	21	18	24	5	3	3	5	—	1	19	13	12	9	1	3	52	34	3	3	50	40	—	—	28	30	77	73	4	4	15	28	—	—	145	140
Regensburg	93	98	4	6	6	11	—	1	—	—	—	—	75	7	1	2	—	—	10	12	1	—	5	5	2	—	7	3	2	4	—	2	—	2	—	—	42	30
Würzburg	43	79	5	4	—	6	—	—	—	—	—	—	5	5	—	—	—	1	9	4	—	—	3	3	—	—	2	4	35	50	4	13	—	—	—	—	84	30

Bevölkerungsziffern (für 1899 berechnete mittlere Bevölkerung). Oberbayern 1.275,896, Niederbayern 688,275, Pfalz 809,299, Oberpfalz 560,484, Oberfranken 601,196, Mittelfranken 775,399, Unterfranken 648,762, Schwaben 715,496. — Augsburg 89,562, Bamberg 42,467, Kaiserslautern 45,150, Ludwigshafen 47,168, München 460,677, Nürnberg 188,860, Regensburg 44,177, Würzburg 75,185.

Einsendungen fehlen aus den Aemtern Bruck, Ingolstadt, München II, Bogen, Dingolfing, Eggenfelden, Straubing, Neumarkt, Bayreuth, Höchstadt a. A., Hof, Staffelstein, Eichstätt, Erlangen, Gunzenhausen, Neustadt a. A., Rothenburg a. T., Ebern, Gerolzhofen, Hassfurt, Kitzingen, Königshofen, Lohr, Mellrichstadt, Miltenberg, Neustadt a. S., Günzburg, Kempten, Mindelheim, Nördlingen und Sonthofen.

Höhere Erkrankungszahlen (ausser von obigen Städten) werden gemeldet aus folgenden Aemtern bezw. Orten:

Brechdurchfall: Mehrere schwere Fälle in Oberteisendorf (Laufen) in Häusern, welche im Vorjahre überschwemmt waren. Stadt- und Landbezirke Freising 65, Schwabach 54, Aschaffenburg 71, Aemter Altötting 52, Pirmasens 93, Zweibrücken 57, Stadtamhof 108, Feuchtwangen 50, Hersbruck 52 beh. Fälle.

Diphtherie, Croup: Amt Pirmasens 18, ärztlicher Bezirk Offenbach (Landau i. Pf.) weitere 8 Fälle.

Morbilli: Fortsetzung der Epidemien in den Aemtern Garmisch (in Farchant, Abnahme gegen Ende des Monats; 53 beh. Fälle), Pfaffenhofen (in Pfaffenhofen, Wolnzach, Scheyern und Umgebung), Wolfstein (im A.-G.-B. Freyung), Kusel (in St. Julian und Einöllen), Neustadt a. WN. (61 beh. Fälle, davon 50 im A.-G.-B Weiden), Donauwörth (noch in Münster, Monheim und Umgegend), Krumbach (in Krumbach, Niederraunau und Thannhausen); Epidemie im Amte Berneck nahezu erloschen. Epidemisches Auftreten ferner im Amte Wasserburg (kleine Nachepidemie in der Gemeinde Griesstätt). Aemter Pirmasens 37, Zweibrücken 38, Rehau 73, Stadt- und Landbezirk Kaufbeuren 39 beh. Fälle.

Dysenteria: Je 2 Fälle in den ärztlichen Bezirken Diessen (Landsberg) und Lenggries (Tölz).

Tussis convulsiva: Fortsetzung der Epidemien in den Aemtern Obernburg (ab Mitte August in Eschau, bisher gutartig) und Schweinfurt Land. Epidemisches Auftreten ferner in der Stadt Deggendorf (keine ärztliche Hilfe begehrt) und in den Aemtern München I (im ärztlichen Bezirke Pasing, 19 beh. Fälle) und Krumbach (in Niederraunau und Thannhausen neben Masern; 23 beh. Fälle).

Typhus abdominalis: Fortsetzung der Epidemien bezw. weitere Fälle in den Aemtern Naila (3 weitere Fälle in Marxgrün im gleichen Hause wie im Mai), Karlstadt (weitere 2 Fälle in Thüngen, ferner 6 — Hausepidemie — in Stetten), Schweinfurt Land (weitere 3 Fälle in demselben Häusercomplex in Oberndorf). Im Krankenhause in Hutthurm (Passau) 7 Fälle, davon 6 auf Hausinfection beruhend; im Amte Ludwigshafen 5 Fälle, davon 4 in einem Hause in Mutterstadt, veranlasst durch mit Jauche etc. verunreinigtes Brunnenwasser.

Variola, Variolois: 1 leichter Fall in der Stadt Augsburg, die Pflegerin des im Vormonate Erkrankten und nunmehr genesen Entlassenen betreffend.

Influenza: Aerztlicher Bezirk Murnau (Weilheim) 15 beh. Fälle gastrischer Form, Stadt- und Landbezirk Forchheim 13, ausserdem mehr oder minder vereinzelte Fälle in den Städten Bamberg und Nürnberg, den Aemtern Altötting und Garmisch.

Im Interesse möglichster Vollständigkeit vorliegender Statistik wird um regelmässige und rechtzeitige Einsendung der Anzeigen (ev. Fehlanzeigen) dringend ersucht. Insbesondere wäre auch wünschenswerth, dass sog. Sammelkarten ohne Rücksicht auf allenfalls ausstehende Anzeigen bis längstens 20. jeden folgenden Monats abgeschlossen und eingesandt würden. Verspätet zur Anzeige gelangte Fälle könnten dann in der Karte des folgenden Monats, durch rothe Tinte oder sonst wie als Nachträge gekennzeichnet, Aufnahme finden.

Portofreie Postkartenformulare für vorliegende Statistik sind durch die zuständigen Herren k. Bezirksärzte zu erhalten, welche sich im Bedarfsfalle unter Angabe der Zahl der sich betheiligenden Aerzte an das K. Statistische Bureau wenden wollen.

[1]) Einschliesslich einiger seit der letzten Veröffentlichung (No. 39) eingelaufener Nachträge. — [2]) Im Monat Juli einschliesslich der Nachträge 1179. — [3]) 27. mit 30. bezw. 31. mit 35. Jahreswoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's Buch- und Kunstdruckerei A.G., München.